The cover features a central illustration of a group of stylized human figures in a circle, holding hands and performing acrobatic stunts. The figures are rendered in a flat, cutout style with various colors: dark brown, orange, and green. Some are standing upright, while others are upside down or in mid-air, creating a sense of dynamic movement and community. The background is a solid, warm orange color.

**MODÈLE D'INTERVENTION
DES TRAVAILLEURS SOCIAUX
EN PÉDOPSYCHIATRIE
DE LA MONTÉRÉGIE**

par
Sylvie Brissette, t.s., m.s.s.
et
Jean-Paul Nareau, t.s., m.s.s.

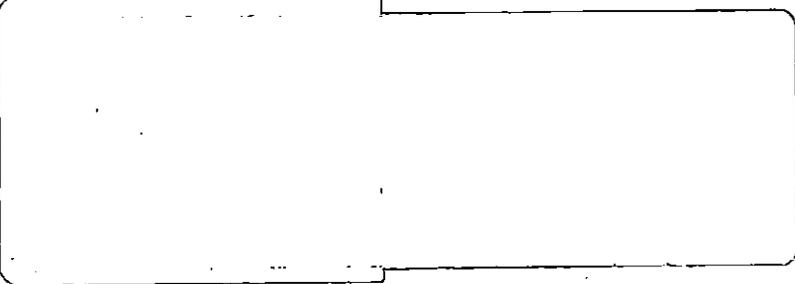
WS
350
B757
2001

JUIN 2001

INSPQ - Montréal



3 5567 00004 2421



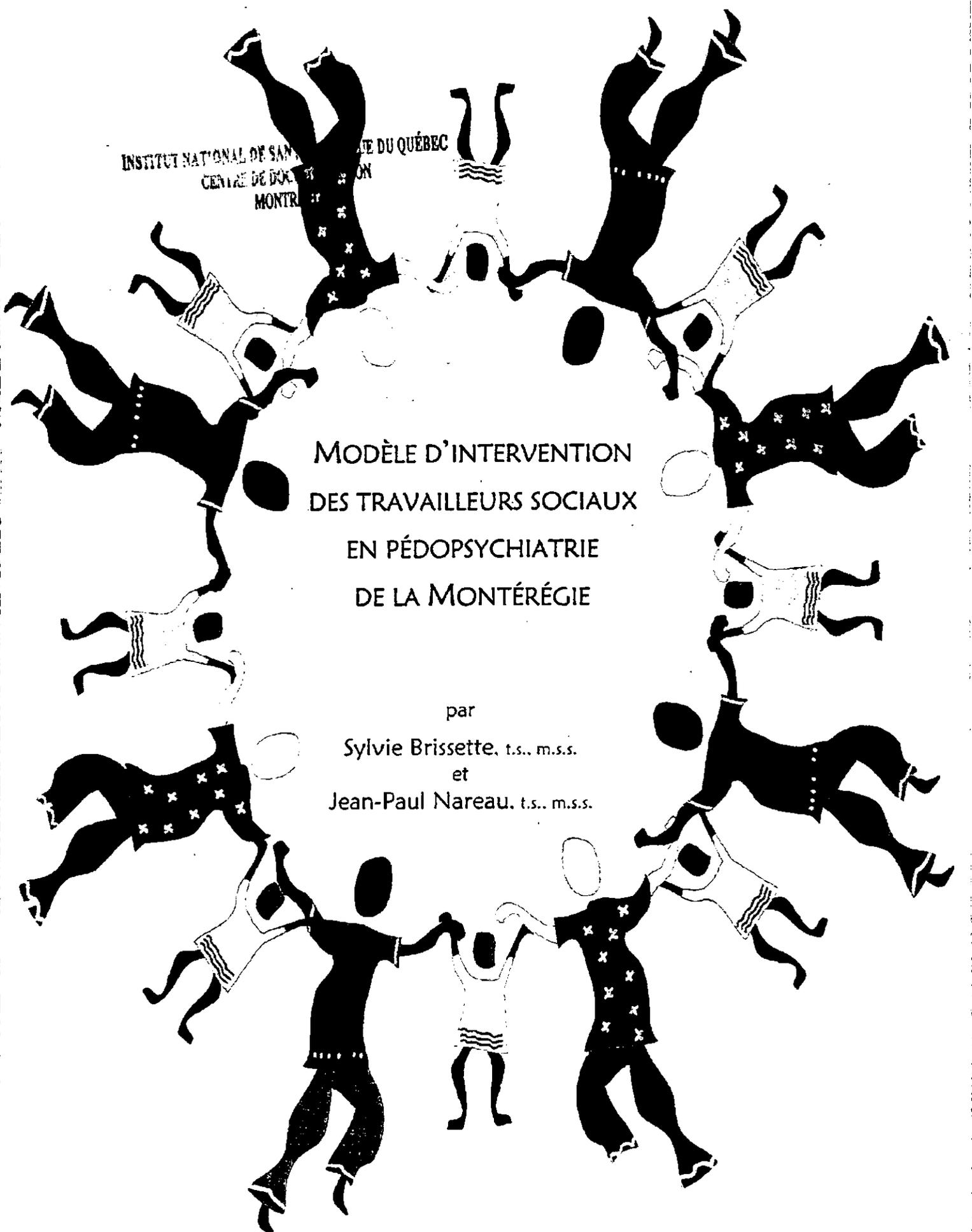
© Hôpital Charles LeMoine, 2001

ISBN : 2-9807047-1-7

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2001

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

MODÈLE D'INTERVENTION
DES TRAVAILLEURS SOCIAUX
EN PÉDOPSYCHIATRIE
DE LA MONTÉRÉGIE

par
Sylvie Brissette, t.s., m.s.s.
et
Jean-Paul Nareau, t.s., m.s.s.

JUIN 2001

Nous tenons à remercier mesdames Carole Boucher, Johanne Goudreau, Lorraine Simard et Susie Renière pour leur patient travail de secrétariat.

Conception et réalisation du modèle d'intervention :

Madame Sylvie Brisette, t.s., m.s.s., Clinique externe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre hospitalier de Granby et à l'Hôpital Charles LeMoyne depuis juillet 1998.

Monsieur Jean-Paul Nareau, t.s., m.s.s., Clinique externe de psychiatrie pour enfants et adolescents de l'Hôpital Charles LeMoyne.

AVIS AU LECTEUR

La rédaction de ce modèle d'intervention a été finalisée en 1997. Pour des raisons en dehors de notre contrôle il n'a pu être publié qu'en 2001. Le lecteur devra alors tenir compte que certaines données de ce document pourraient être mises à jour, en particulier au chapitre 5 sur le contexte organisationnel de la pratique. De plus, à l'annexe III, nous avons ajouté la dernière modification apportée au code de déontologie des travailleurs sociaux du Québec par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Depuis la fin de la rédaction de cet ouvrage, les différents services de pédopsychiatrie en Montérégie ont connu du développement à divers degrés. Par exemple, à l'Hôpital Charles Le Moyne, le service de pédopsychiatrie s'est vu confier par la Régie régionale des services de santé et des services sociaux de la Montérégie un mandat régional concernant l'hospitalisation en pédopsychiatrie des enfants et des adolescents de la Montérégie, de même que les soins en hôpital de jour/soir pour les adolescents. Le service de pédopsychiatrie a également un mandat régional pour la clientèle anglophone en clinique externe (0-18 ans). Un lit d'hospitalisation est réservé pour les adolescents anglophones.

Même si le présent modèle ne reflète pas exactement le portrait exhaustif actuel des services en pédopsychiatrie en Montérégie et des affectations des travailleurs sociaux à l'intérieur de ces services, il décrit principalement leur pratique dans les différentes cliniques externes de pédopsychiatrie en Montérégie. Malgré la réserve précédente, ce modèle demeure un document fondamental, décrivant en profondeur la pratique clinique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier et en particulier en pédopsychiatrie. En ce sens, il demeure un outil de formation unique pour les étudiants, et les stagiaires en service social de même que pour les praticiens qui s'orientent vers ce champ de pratique passionnant. En ce sens il mérite qu'on s'y intéresse.

Sylvie Brissette, t.s., m.s.s.

Jean-Paul Nareau, t.s., m.s.s.

REMERCIEMENTS

Nous tenons particulièrement à remercier pour leur contribution essentielle :

Les membres du regroupement professionnel qui ont participé à l'ébauche du projet

Mesdames

Louise Bergeron, t.s.,	CH Hôtel-Dieu de Sorel
Sylvie Brissette, t.s., m.s.s.,	CH de Granby
Huguette Dumais, t.s.,	CH du Haut-Richelieu à St-Jean
Marcelle Gill, t.s.,	CH Honoré-Mercier à St-Hyacinthe
Jocelyne Girard, t.s.,	CH Honoré-Mercier à St-Hyacinthe
Micheline Plante, t.s.,	CH Anna-Laberge à Châteauguay
Paulette Podteteney, t.s.,	Hôpital Charles LeMoyne
Nathalie Roy, t.s.,	CH de Granby
Colette Sauvé, t.s.,	CH de Valleyfield
Johanne St-Denis, t.s.,	Cheffe du service social hospitalier, Hôpital Charles LeMoyne

Messieurs

Michael McLean, t.s.,	Hôpital Charles LeMoyne
Jean-Paul Nareau, t.s., m.s.s.,	Hôpital Charles LeMoyne
Christian Plante, t.s., m.s.s.,	Hôpital Charles LeMoyne

et tout particulièrement

Madame Francine Senécal-Brooks, t.s., conseillère en développement professionnel au CSS Richelieu, responsable des regroupements professionnels au CSS Richelieu; madame Line Marquis, du centre de documentation des Centres Jeunesse de la Montérégie;

Madame Catherine Bertrand, t.s., madame Danielle Théorêt, t.s., conseillères aux établissements à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie; madame Johanne St-Denis, t.s., cheffe du service social hospitalier à l'Hôpital Charles LeMoyne et monsieur Gaston Marchand, t.s., chef du service social hospitalier de Réseau Santé Richelieu-Yamaska et du Centre hospitalier de Granby; monsieur Jean Richard, t.s., chef du service social du Centre hospitalier Pierre-Boucher et madame Céline Verville, t.s., cheffe du service social du CH Hôtel-Dieu de Sorel pour la révision et la finalisation du document de base et de sa synthèse.

et

l'ensemble du personnel du CSS Richelieu qui a contribué de près ou de loin à la rédaction de ce modèle d'intervention ainsi que le personnel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

1. INTRODUCTION ET HISTORIQUE	1
RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 1	3
2. LA PHILOSOPHIE DU MODÈLE D'INTERVENTION	5
RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 2.....	8
3. LES OBJECTIFS DU MODÈLE D'INTERVENTION	9
3.1 Objectifs généraux	9
3.2 Objectifs spécifiques	9
4. CADRE THÉORIQUE DU MODÈLE D'INTERVENTION	11
4.1 Définition des concepts clés	11
4.1.1 Concept de modèle d'intervention	11
4.1.2 Concept de santé mentale	12
4.1.2.1 Notion générale de santé mentale	12
4.1.2.2 Notion de santé mentale des jeunes	18
4.1.3 Concept de famille	20
4.1.4 Concept d'approche systémique	21
4.1.4.1 Définition d'un système	21
4.1.4.2 Définition de l'approche systémique	23
4.1.4.3 Justification du choix de l'approche systémique	24
4.1.4.4 Postulats de base de l'approche systémique	26
4.1.4.5 Définition d'auto-référence	27
4.2 Conception du changement	30
RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 4	32

5.	ASPECTS LÉGAUX ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL DE LA PRATIQUE	37
5.1	Aspects légaux	37
5.2	Contexte organisationnel de la pratique	38
5.2.1	Mission et lien d'emploi	38
5.2.2	Cadre légal sur la dispensation des services	39
5.2.3	Mandat des cliniques externes de pédopsychiatrie	40
5.2.4	Programme des services sociaux hospitaliers	41
5.2.5	Encadrement de la pratique professionnelle par l'OPTSQ	43
5.2.6	Encadrement régi par le Conseil canadien d'agrément des services de santé	45
5.2.7	Mode de fonctionnement en clinique externe de pédopsychiatrie	45
5.2.7.1	Généralités sur le fonctionnement des cliniques externes de pédopsychiatrie	45
5.2.7.2	Mode de fonctionnement du service social dans les cliniques externes de pédopsychiatrie	46
5.2.7.2.1	Fonctionnement en équipe multidisciplinaire	47
5.2.7.2.2	Fonctionnement par service ou profession	48
5.2.8	Responsabilités à l'égard de l'évaluation psychosociale	50
	RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 5	53
6.	LA PROBLÉMATIQUE	55
6.1	Définition de la problématique	55
6.2	Prévalence des problématiques en pédopsychiatrie	56
6.2.1	La recherche de Martinez (1983)	58
6.2.2	La recherche de Lageix et Gravel (1993)	60
6.2.3	L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993)	61
6.2.4	La recherche de Lebel et Smolla (1994)	73
6.2.5	L'étude de Champagne et collaborateurs (1994)	74
6.3	Problématiques dites «zones grises»	74
6.4	Problématiques exclues	76
6.5	Recoupement de certaines problématiques	76
	RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 6	78

7.	LA CLIENTÈLE	81
7.1	Conditions d'admissibilité aux services sociaux hospitaliers	81
7.1.1	Définition des termes	81
7.2	Sectorisation	83
7.3	Caractéristiques de la clientèle	84
7.4	Profil démographique	86
	RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 7	93
8.	CADRE PROFESSIONNEL DE LA PRATIQUE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN PÉDOPSYCHIATRIE	97
8.1	Définition du titre de travailleur social	97
8.2	L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	97
8.3	L'acte professionnel et l'activité professionnelle	98
8.4	Les normes de pratique professionnelle	101
8.5	La tenue des dossiers et des cabinets de consultation	101
8.5.1	Tenue des dossiers	102
8.5.2	Accès au dossier par le client	103
8.5.3	Secret professionnel et dossier unique	103
8.5.4	Tenue des cabinets de consultation	104
8.6	Les habiletés professionnelles	104
8.7	Le code de déontologie	106
8.8	L'évaluation de la pratique professionnelle	106
8.8.1	Le conseil multidisciplinaire	107
8.8.2	Le traitement des plaintes	108

8.9	La spécificité du service social en milieu hospitalier	108
8.9.1	Objectifs du service social en milieu hospitalier	108
8.9.2	Acte professionnel	109
8.9.3	Fonctions du travailleur social	110
RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 8		116
9.	SPÉCIFICITÉ DU SERVICE SOCIAL EN PÉDOPSYCHIATRIE	119
9.1	Fonctions du travailleur social en pédopsychiatrie	119
9.2	Standards et normes de pratique professionnelle	120
9.3	Cheminement d'une demande de consultation à la clinique externe de pédopsychiatrie	121
9.4	Principales méthodes d'intervention	124
9.5	Contexte multidisciplinaire de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie	125
9.6	Spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie et les approches cliniques	127
9.7	Spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie et le placement d'enfants et d'adolescents	131
9.7.1	Notion de placement	132
9.7.2	Étapes d'un placement	137
RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 9		139
10.	CONDITIONS FAVORISANT L'APPLICATION DU MODÈLE D'INTERVENTION	141
RÉFÉRENCE DU CHAPITRE 10		144
CONCLUSION		145
BIBLIOGRAPHIE		147

ANNEXES

Annexe I	Conditions de transfert
Annexe II	Lois et règlements
Annexe III	Code de déontologie
Annexe IV	Description de l'emploi
Annexe V	Pré-évaluation
Annexe VI	Critères de priorité et d'urgence
Annexe VII	Fonctions des interventions
Annexe VIII	Fonctions des interventions psychosociales en établissement de santé
Annexe IX	Nomenclature des fonctions exercées au sein du programme
Annexe X	Procédure de placement par le CPEJ
Annexe XI	Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation
Annexe XII	Protocole de collaboration DPJ - CH Montérégie

AVANT-PROPOS

La rédaction de ce modèle d'intervention des travailleurs sociaux* en pédopsychiatrie a pu devenir réalité suite à un vaste processus de consultation des travailleurs sociaux oeuvrant en pédopsychiatrie en Montérégie, des chefs de service sociaux en milieu hospitalier et de la Direction des services professionnels du Centre des services sociaux Richelieu.

Cette oeuvre est le fruit du travail acharné de quelques travailleurs sociaux qui ont su unir leurs efforts, canaliser leurs énergies et mettre en forme une réflexion longuement mûrie, associée à leur expertise et à leur savoir-faire tout en tentant de respecter les particularités de fonctionnement d'une sous-région à l'autre.

Soulignons particulièrement la détermination et la disponibilité de madame Sylvie Brissette et de monsieur Jean-Paul Nareau qui en sont les principaux maîtres d'oeuvre. Réussir à mettre sous un même volume une pratique et tout ce qui s'y rattache représentait un défi de taille. Il reflète la préoccupation d'un secteur à mieux se définir et une ferme volonté à se procurer un outil de référence qui reflète la pratique du travail social en pédopsychiatrie.

Bonne lecture...!

Catherine Bertrand

* Avertissement: Dans cet ouvrage, le masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes dans le seul but d'alléger le texte.

I. INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'idée de rédiger un modèle d'intervention pour les travailleurs sociaux* en pédopsychiatrie émerge des participants aux regroupements professionnels qui ont été mis sur pied par le CSS Richelieu à partir de 1987 sous la coordination de madame **Francine Sénécal-Brooks**, t.s.¹ Les regroupements professionnels avaient les **objectifs généraux** suivants :

- ◆ Favoriser l'acquisition et le développement d'habiletés spécifiques (expertise des participants);
- ◆ Offrir un lieu de ressourcement clinique complémentaire à l'encadrement offert par le supérieur immédiat;
- ◆ Briser l'isolement des intervenants dans les cas complexes (support);
- ◆ Accroître les moyens d'intervention et développer des stratégies novatrices;
- ◆ Développer une similitude de pratique tout en tenant compte des disparités sous-régionales en Montérégie.

Le modèle d'intervention se voulait davantage un **outil** pour :

«mieux définir l'autonomie professionnelle des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie afin de maximiser notre impact, délimiter la spécificité de notre pratique dans une équipe multidisciplinaire, promouvoir l'image du travailleur social en pédopsychiatrie à l'intérieur des hôpitaux et du CSS Richelieu et permettre un système de supervision par des praticiens seniors pour de nouveaux intervenants et des stagiaires.»²

Le dénominateur commun des préoccupations de ces participants consistait essentiellement à créer, en premier lieu, un modèle commun de pratique qui saurait tenir compte des disparités sous-régionales et des couleurs locales et en second lieu, à mieux faire connaître la pratique professionnelle des travailleurs sociaux aux autres professionnels du centre hospitalier ainsi qu'aux autorités administratives. Ce modèle d'intervention permettrait également à tout nouveau professionnel dans le service de se situer clairement quant au genre de pratique professionnelle privilégiée.

* Le terme travailleur social a été employé tout au long du texte car lors de la rédaction du présent ouvrage, tous les professionnels du service social en pédopsychiatrie étaient membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Évidemment, le terme n'exclut pas tout intervenant social possédant une formation universitaire de base en service social.

Le modèle d'intervention comprend dix chapitres. Après cette introduction, il sera question de la philosophie du modèle puis de ses objectifs. Le cadre théorique du modèle situe le lecteur sur les concepts théoriques privilégiés, les aspects légaux, le contexte de travail et la problématique. Par la suite, sera décrite la clientèle desservie. Une attention particulière sera accordée au processus de l'intervention qui élabore la spécificité de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. En terminant, les conditions favorisant l'application du modèle seront présentées.

12

RÉFÉRENCES DU CHAPITRE I

1. Francine **SENÉCAL-BROOKS**, Les regroupements professionnels, un outil démocratique de développement qui se heurte aux forces homéostatiques, dans Service social, Vol. 40, no 2 (1991), pp. 77-88.
2. Michael **MC LEAN**, Où en sommes-nous en santé mentale jeunesse?, dans Info-dossier : bulletin d'information du CSS Richelieu, Les services sociaux hospitaliers : des services au coeur du réseau (Longueuil, 1990), p. 23.

2. LA PHILOSOPHIE DU MODÈLE D'INTERVENTION

Dans les lignes qui suivent, les bases sur lesquelles repose le modèle seront précisées. Il apparaît primordial de mettre en évidence les valeurs fondamentales du service social qui sous-tendent nos actions professionnelles. Le respect de ces valeurs tant humaines que professionnelles nous tient à coeur.

Le fruit de ces réflexions est issu du savoir, du savoir-faire et du savoir-être auprès des bénéficiaires, de leur famille et du milieu dans lequel ils évoluent ainsi que des discussions avec les professionnels au sein même de l'équipe multidisciplinaire. Cette réflexion a été également inspirée par certaines lectures et formations reçues.

Les Normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux énumèrent ces valeurs :¹

- *Respect de la dignité de tout être humain;*
- *Croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;*
- *Reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements;*
- *Respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;*
- *Respect de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne;*
- *Reconnaissance du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins;*
- *Promotion des principes de la justice sociale.*

Ces valeurs professionnelles sont en accord avec celles qui sous-tendent les services offerts par les centres hospitaliers, dont les dispositions législatives essentielles relatives aux droits des usagers se lisent ainsi : ²



Art. 5 : *Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.*

Art. 7 : *Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.*

Le travailleur social fait valoir les droits du client à l'information et à des services et s'assure que les besoins psychosociaux des usagers soient identifiés et considérés dans l'élaboration des programmes du centre hospitalier. Le travailleur social contribue également à la mise en place des moyens appropriés en faveur des personnes vulnérables ou incapables de prendre des décisions, afin qu'elles puissent obtenir l'aide nécessaire pour répondre à leurs besoins fondamentaux.³

Une vision humaniste de la problématique et de l'intervention est caractérisée fortement par nos valeurs professionnelles. «L'intervention psychosociale en milieu hospitalier revêt un caractère des plus personnel, car au coeur même des valeurs fondamentales de l'individu.»⁴

Pour les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, une importance particulière est également accordée aux **valeurs professionnelles** suivantes:

- L'autonomie professionnelle;
- La reconnaissance du mandat thérapeutique du travailleur social;
- Le respect de l'acte professionnel et du code de déontologie de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ)*;
- La loyauté envers le client et envers la profession.

* Tout au long du texte, on retrouve les acronymes OPTSQ et CPTSQ. Il faut se rappeler qu'avant le 15 octobre 1994, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) s'appelait la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (CPTSQ). Le texte a tenu compte de la chronologie dans l'utilisation de ces acronymes.

La pratique du service social s'effectuant en contexte hospitalier, il devient évident que certains aspects philosophiques du modèle médical viennent également influencer la pratique du service social en elle-même.

Soulignons enfin, qu'une autre valeur essentielle est la **primauté de la famille et de son environnement**. En effet, la famille est un acteur primordial dans notre intervention étant donné que nous oeuvrons auprès d'enfants et d'adolescents. L'intervention familiale est conséquemment privilégiée étant donné notre contexte pédopsychiatrique.

De plus, dans notre travail auprès des familles, nous nous inspirons notamment de quatre **valeurs repères** mises en évidence par l'Association des centres de services sociaux du Québec (ACSSQ):

- «1. *respecter la spécificité de la famille;*
2. *renforcer son sentiment de sécurité;*
3. *maintenir son intégrité;*
4. *soutenir et renforcer ses compétences et ses solidarités.»⁵*

Les concepts de famille et d'approche systémique seront repris et élaborés au chapitre sur le cadre théorique.

1. **CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (CPTSQ)**, Normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux, Norme I (Montréal, mai 1986).
2. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120, 1991), et modifiant diverses dispositions législatives, LRQ., c.S.-51, a.5 et 7.
3. **CPTSQ**, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (Montréal, mars 1994), pp. 2-3.
4. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Comité sur les conditions de transfert du programme «Services sociaux hospitaliers» : rapport d'étape (22 mai 1992), p. 1.
5. **ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC**, Un parti pris pour la famille : Quelques repères pour l'intervention sociale auprès des parents et des jeunes en difficulté (juin 1992), p. 9.

3. LES OBJECTIFS DU MODÈLE D'INTERVENTION

3.1 Objectifs généraux

Le modèle d'intervention en pédopsychiatrie répond aux objectifs suivants :

- **Définir**, en identifiant les paramètres de l'intervention, **un instrument de référence commun**, offrant un support d'application simple et efficace, convergeant vers des objectifs de qualité des services à rencontrer.
- **Clarifier les mandats et rôles du service social**, tant à l'interne qu'à l'externe, dans son apport complémentaire au service de pédopsychiatrie (partie intégrante du département de psychiatrie) et situer les actions et responsabilités des travailleurs sociaux.
- **Offrir un guide d'intervention** du service social en pédopsychiatrie visant à orienter les différents professionnels du milieu, assurer un support aux travailleurs sociaux et faciliter l'intégration des nouveaux employés.

3.2 Objectifs spécifiques

Le modèle d'intervention s'attarde également à clarifier concrètement dans la pratique, **l'articulation professionnelle des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie** tels :

- **Améliorer la connaissance du milieu**, quant au rôle des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, en tant que professionnels de la relation d'aide, agissant sur les facteurs psychosociaux et environnementaux de l'enfant et de l'adolescent qui présentent des symptômes de déséquilibre en santé mentale, dans leur rapport avec les personnes significatives de leur réseau primaire (famille) et, selon le cas, secondaire (familles d'accueil, écoles, institutions, etc.).
- **Faire connaître la spécificité de notre expertise** à nos différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires, afin de délimiter notre champ d'intervention et de responsabilité.
- **Informers nos partenaires** du réseau des services psychosociaux offerts à la clientèle en pédopsychiatrie, afin d'en favoriser leur accessibilité, en complémentarité avec les autres établissements et ressources de la communauté, selon le principe de continuité des services.

4. CADRE THÉORIQUE DU MODÈLE D'INTERVENTION

4.1 Définition des concepts clés

Les principaux concepts théoriques utilisés dans ce modèle d'intervention sont les suivants :

- **Modèle d'intervention**
- **Santé mentale mais tout particulièrement celui de santé mentale des jeunes**
- **Famille**
- **Approche systémique**
- **Auto-référence.**

En dernier lieu, notre conception du changement sera clairement exposée.

4.1.1 Concept de modèle d'intervention

Tout d'abord, il apparaît important de définir ce qu'on entend par **modèle d'intervention**.

Un modèle est «un schéma théorique des relations existant entre divers éléments d'un système».¹ On entend par intervention, «l'action d'intervenir dans une situation quelconque, c'est-à-dire de prendre part volontairement à une action afin d'en modifier le cours».²

Laufer et Gordon (1989) mentionnent que «la réalité constitue une limite. Nous n'avons d'elle que des représentations. La dynamique des systèmes permet de construire une catégorie particulière de représentations appelées modèles qui sont des systèmes artificiels qui cherchent à simuler, à imiter le comportement du système réel». ³

Ainsi, le **modèle d'intervention** ici présenté se veut une représentation de la réalité que les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie vivent, à savoir notamment comment ils s'insèrent dans le «monde de la pédopsychiatrie». Le modèle n'est pas statique en ce sens

qu'il est appelé à se modifier, à s'enrichir au fur et à mesure que la pratique évoluera dans le temps et qu'on découvrira de nouvelles avenues.

Alors qu'une **théorie** est d'ordre spéculatif et constitue une tentative d'expliquer ou d'interpréter la réalité, c'est-à-dire pourquoi les choses sont comme elles sont et les liens entre elles, le modèle est essentiellement pragmatique. C'est un outil orienté vers l'action. Il est une copie, une carte d'un système. Son but est d'en identifier les éléments et de montrer comment ces éléments s'agencent entre eux afin de le répéter. Le **modèle** fournit des réponses sur le «comment ça se passe», le «comment faire» alors que la **théorie** explique le «pourquoi des choses».

En définitive, «un modèle validé augmente la compréhension sur la structure du système qui produit son comportement particulier au cours du temps, améliore la communication entre professionnels, permet d'expérimenter en lui quand il est difficile de le faire dans le système réel».4

4.1.2 Concept de santé mentale

12 Les définitions sur la santé mentale sont innombrables. A quoi se réfère-t-on lorsqu'on parle de santé mentale et plus spécifiquement, pour notre sujet, de santé mentale des jeunes?

Dans un premier temps, nous présenterons la notion de santé mentale telle que proposée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada (1988) et celle retenue par la Politique de santé mentale élaborée par le gouvernement du Québec en 1989, laquelle a été intégrée à la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). Dans un deuxième temps, nous tenterons de cerner plus spécifiquement la notion de santé mentale chez les jeunes.

4.1.2.1 Notion générale de santé mentale

Le ministère canadien de la Santé nationale et du Bien-être social propose en 1988 une définition «interactive» et dynamique de la santé mentale.

*La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale.*5

Le Gouvernement du Québec, dans sa Politique de la santé et du bien-être de 1992 mentionne qu'une personne sur cinq connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa vie.⁶

Alors comment définir un trouble mental et comment se rapporte-t-il au concept élargi de la santé mentale?

Il convient d'abord d'établir la distinction entre «trouble mental» et «problème de santé mentale».

Un trouble mental peut être défini comme une maladie caractérisée, qui peut être diagnostiquée et qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu.

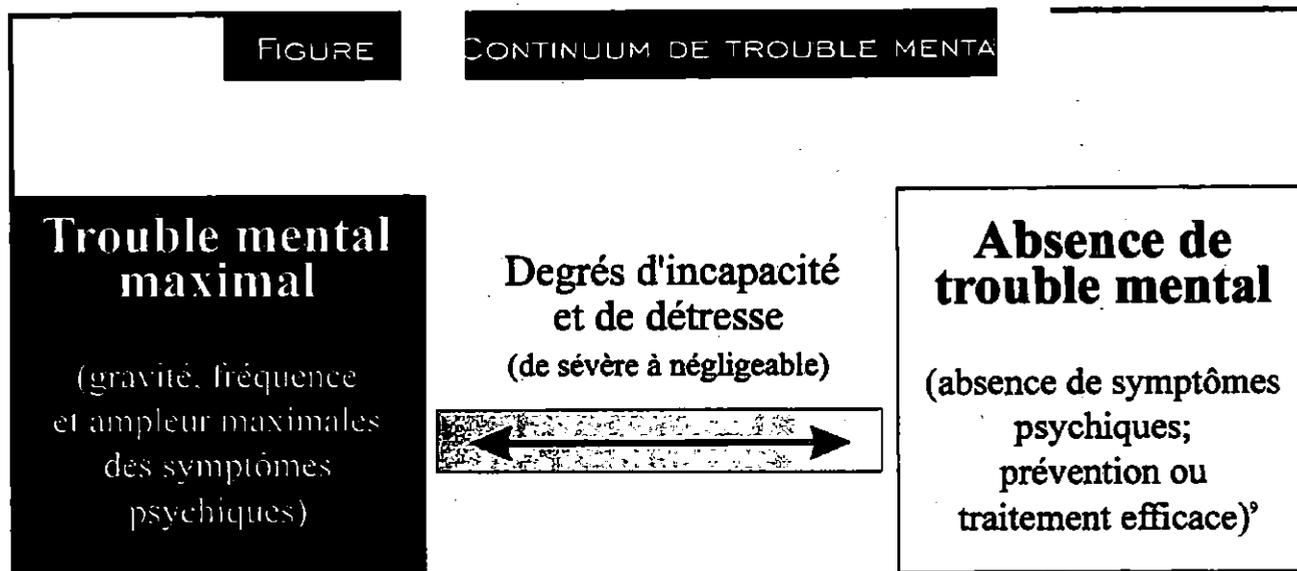
Les troubles mentaux résultent de facteurs biologiques, psychosociaux ou de problèmes de développement et ils sont, du moins en principe, justiciables d'interventions semblables à celles qui sont utilisées dans le cas des maladies physiques (c'est-à-dire, la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation).

En revanche, un problème de santé mentale est une perturbation des rapports entre la personne, le groupe et l'environnement.

Cette perturbation peut être due à des facteurs inhérents à l'individu, comme une maladie physique ou mentale, par exemple, ou une capacité d'adaptation inadéquate. Elle peut aussi avoir des causes extérieures, comme des conditions de vie pénibles, des structures sociales injustes ou des tensions au sein de la famille ou de la collectivité. Une solution efficace aux problèmes de santé mentale doit donc porter sur un plus grand nombre de facteurs.⁷

Ce qu'il importe de noter ici c'est que le trouble mental, même lorsqu'il est sérieux et chronique, n'est jamais l'unique déterminant de la santé mentale, mais qu'il fait partie d'un réseau plus vaste de facteurs interreliés qui doivent être abordés de façon globale et coordonnée.

Une autre façon de représenter le rapport entre la santé mentale et le trouble mental consiste à les percevoir comme s'ils figuraient sur des continuums distincts. A l'une des extrémités du continuum du trouble mental, on trouverait des symptômes d'une gravité extrême (détresse et incapacité) tandis qu'à l'autre, il y aurait une absence complète de symptômes ou d'effets (voir figure 1). Entre ces deux extrémités, on trouverait toute une gamme de situations différentes dans lesquelles les symptômes du trouble mental seraient présents à des degrés divers.⁸



*Sur le continuum de la santé mentale, l'un des pôles représente la **santé mentale optimale** tandis que le pôle opposé correspond à une **mauvaise santé mentale** (voir Figure 2).*

Dans la première situation, les exigences et les contributions respectives de l'individu, du groupe et de l'environnement sont en équilibre et compatibles avec les valeurs et les objectifs indiqués dans la définition de la santé mentale.

14

*Une **mauvaise santé mentale** est une situation dans laquelle les exigences et les contributions respectives de l'individu, du groupe et de l'environnement sont dans un état de déséquilibre néfaste.*

Dans le cas de la personne souffrant de psychose maniaco-dépressive, nous savons que le traitement n'est qu'un des facteurs qui peut contribuer à améliorer la santé mentale de l'individu. Même si ces symptômes sont enrayerés par les médicaments, la personne peut néanmoins continuer d'être en mauvaise santé mentale. Parmi les causes de cet état de fait mentionnons:

- ◆ *le rejet de la part de ses amis, des membres de sa famille ou de ses collègues de travail;*
- ◆ *la stigmatisation de la maladie mentale;*
- ◆ *l'incapacité de trouver ou de conserver un emploi convenable;*
- ◆ *l'incapacité de trouver un logement adéquat à un prix abordable;*
- ◆ *le manque d'activités sociales, récréatives et éducationnelles;*
- ◆ *la discrimination;*
- ◆ *le manque d'information et les difficultés d'adaptation.¹⁰*

Dans le même sens, La Politique de la santé et du bien-être (1992) souligne que «toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, par exemple la pauvreté ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale». ¹¹

FIGURE 2: CONTINUUM DE LA SANTÉ MENTALE

**SANTÉ MENTALE
OPTIMALE**



**SANTÉ MENTALE
MINIMALE**

Il y a une interaction efficace des facteurs liés à l'individu, à la collectivité et à l'environnement, ce qui contribue à assurer

- le bien-être subjectif;
- l'utilisation et le développement optimaux des capacités mentales;
- la réalisation de buts justes, et
- des conditions d'égalité fondamentale.

Les facteurs liés à l'individu, au groupe et à l'environnement sont en désaccord, ce qui provoque

- de la détresse subjective;
- une détérioration ou un développement inadéquat des capacités mentales;
- l'incapacité d'atteindre les buts visés;
- des comportements destructeurs, et
- la consécration des inégalités. ¹²

Après avoir présenté la conception canadienne de la santé mentale, examinons ce qu'en dit la Politique de santé mentale du gouvernement du Québec.¹³

Il est difficile de circonscrire la santé mentale dans une définition qui tienne compte à la fois des critères spécifiques qu'utilisent les individus pour définir leur propre santé mentale et de la globalité de la santé mentale d'une population. On reconnaît néanmoins que la santé mentale comporte trois dimensions :

- ♦ *un axe **biologique** qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques;*
- ♦ *un axe **psychodéveloppemental** qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel;*
- ♦ *un axe **contextuel** qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu (Politique de santé mentale, 1989).*

*C'est l'aspect du **psychodéveloppement** qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie:*

- ♦ *à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (**affectif**),*
- ♦ *d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (**cognitif**) et de*
- ♦ *composer de façon significative avec son environnement (**relationnel**).*

Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi d'élargir l'action en santé mentale (Politique de santé mentale, 1989).

*En fait, nous sommes placés devant **deux ensembles de besoins**. D'une part, des personnes qui, aux prises avec un **problème de santé mentale**, s'adressent à un système de services pour obtenir une réponse appropriée à leurs besoins.*

Vu sous l'angle de l'intensité de leur problème et sans égard aux typologies conçues principalement à des fins diagnostiques, on retrouve ici :

- ♦ *les personnes qui présentent des **troubles mentaux sévères**, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base. On désigne habituellement ces personnes sous l'appellation «malades mentaux chroniques»;*

- ♦ *les personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, sources d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur;*
- ♦ *les personnes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'elles jugent intolérables. A court ou à moyen terme, ces conditions affectent leur équilibre psychique, étant donné leur vulnérabilité (Politique de santé mentale, 1989).*

D'autre part, un second ensemble concerne la population et particulièrement certains groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale soit en raison de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique, ou parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Ce second ensemble implique la nécessité de considérer que l'éducation, le travail, le loisir ainsi que les conditions socio-économiques déterminent également la santé mentale d'une population (Politique de santé mentale, 1989).

Certaines personnes vivent d'autres problèmes conjugués à des troubles mentaux; déficience intellectuelle, délinquance, criminalité, itinérance. Ici, la complexité commande la collaboration des réseaux de services concernés (Politique de santé mentale, 1989).

Une politique de santé mentale doit tenir compte de deux grands ensembles. L'acuité des problèmes vécus par les personnes et l'intensité de leurs besoins en termes de services commandent de mettre l'emphase sur le premier.

Cependant, il importe déjà de s'orienter vers un élargissement de l'action qui permettra d'intervenir de plus en plus sur les déterminants de la santé mentale et de toucher ainsi l'ensemble des groupes concernés et la population en général (Politique de santé mentale, 1989).

4.1.2.2 Notion de santé mentale des jeunes

Qu'entendons-nous maintenant par la santé mentale des jeunes? Le Comité de la santé mentale du Québec a publié en 1985, une étude sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Le Comité a fait appel à divers intervenants demandés en consultation pour produire leur avis sur la santé mentale des jeunes. Dans la synthèse qu'il a faite de cette consultation, Boutet¹⁴ constate le manque d'homogénéité des termes employés pour désigner les types de problèmes et même dans la façon d'envisager les problèmes et note que plus de 120 termes ont été utilisés pour les désigner.

La façon dont on perçoit les problèmes des jeunes dépend évidemment de l'optique choisie, optique en grande partie déterminée chez les intervenants par le champ d'exercice professionnel. Ainsi, le comportement par lequel se manifeste un problème peut être perçu comme pathologique par le médecin, comme une inadaptation en service social et comme un obstacle à l'apprentissage en milieu d'éducation. D'autres y verront l'expression de la souffrance, chaque intervenant essayant de lui donner un sens qui s'accommode avec ses capacités d'action.¹⁵

Les réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux utilisent des catégories officielles différentes pour classifier les problèmes qui ont un rapport avec la vie psychique. Ainsi, la notion de santé mentale est très difficile à définir et l'on arrive inévitablement au caractère arbitraire d'une telle définition (Comité de la santé mentale, 1985).

Ce n'est donc pas dans le cadre de ce modèle d'intervention que nous arriverons à une définition exhaustive et unanime de la santé mentale des jeunes. Néanmoins, aux fins du présent modèle, la définition ou la position retenue sera celle du Comité de la santé mentale du Québec, définition qui s'applique tant aux adultes qu'aux enfants et aux adolescents.

La santé mentale peut être envisagée sous l'angle de dimensions ou de perspectives essentiellement complémentaires : dimension biologique, dimension du développement et dimension contextuelle.

La santé mentale positive ou l'aspect psychosocial de la santé positive peut s'apprécier en fonction d'un ensemble de critères. Ces critères correspondent généralement à des modèles théoriques et Jahoda¹⁶ en a dressé, il y a un certain temps, un tableau intéressant.

Le tableau qui suit, emprunté en partie à Jahoda, n'est pas l'expression d'une compréhension théorique particulière, mais le regroupement de critères sur lesquels on peut se fonder en tout ou en partie, pour juger de l'état de santé mentale ou de l'adaptation d'un individu. Il indique le genre de fonctions, d'états ou de compétences dont le développement et le maintien paraissent souhaitables.¹⁷

1. Expériences subjectives de bien-être et perception de soi

- Estime de soi
- Sentiment de sécurité
- Sentiment d'être capable et efficace
- Sentiment d'identité intégrée
- Tolérance du malaise affectif

2. Motivation, appétence à s'actualiser, confiance en soi

3. Ressources de base

- Cognitives: niveau et fonctionnement intellectuels
processus perceptifs
mécanisme de solution de problèmes
- Langage
- Aptitudes psychomotrices
- Tempérament

4. Affectivité

- Émotivité adéquate: degré, modulation, régulation
des affects et pulsions
- Capacité d'attachement
- Intégration de la personnalité

5. Compétence sociale

- Perception de la réalité
- Autonomie à l'égard des influences sociales
- Adéquation dans les relations interpersonnelles
- Adéquation dans l'amour, le travail, le jeu

Il est évident, surtout chez les enfants, que chacun des critères présentés ici à titre d'exemple prend un sens qui varie avec l'âge et l'évolution de la personne. On comprend aussi facilement que ceux qui entourent les jeunes et influencent leur devenir, parents, gens du milieu, divers intervenants, puissent en fonction de leurs valeurs personnelles ou de leur formation professionnelle, tenir compte de ces critères de façon différente dans leur compréhension des besoins de santé mentale.¹⁸

4.1.3 Concept de famille

De même, le **concept de famille** fait l'objet de multiples définitions. Nous en retiendrons deux : celle de **Champagne-Gilbert** (1980) et celle de **Morval** (1985), car toutes les deux apparaissent simples, concrètes et pertinentes pour l'intervention.

La définition de la famille de Champagne-Gilbert (1980) fait ressortir les **aspects sociologiques** de la famille tandis que celle de Morval (1985) met davantage en lumière les **aspects psychologiques**. L'intervention du travailleur social se situe justement au niveau de l'interaction entre ces deux dimensions.

D'après Champagne-Gilbert (1980), la **famille** est :

une unité de vie intime et privée, mais ouverte sur un environnement communautaire, regroupant un ou des adultes prenant charge d'enfants, dans une expérience quotidienne, voulue comme durable et la plus permanente possible, en vue du bien-être individuel de chacun, de l'apprentissage des relations positives avec autrui et de l'appartenance dynamique à une société.¹⁹

20

Voyons comment Morval (1985) définit la famille.

Est considérée comme famille, tout groupe composé de parent(s) -qu'ils soient unis formellement ou non- et d'enfant(s) -qu'ils soient biologiques ou adoptés-, vivant ensemble pendant une durée prolongée. L'attention est portée à la famille nucléaire, cellule familiale de base dans les milieux industrialisés de la culture occidentale. La famille élargie (ascendants, descendants, collatéraux) est envisagée dans la mesure où elle exerce une action sur ce noyau de base.

Les rapports entre la famille d'origine où l'on a eu le statut d'enfant et la famille de procréation où l'on est soi-même parent, entrent également en ligne de compte.²⁰

Dans ce modèle d'intervention, nous retenons **deux perspectives théoriques** pour éclairer cette définition de la famille.

La théorie systémique d'une part, au sens large du terme, permet de considérer la famille comme un ensemble d'individus dont les interactions ont des répercussions les uns sur les autres et sur le groupe lui-même; elle s'attache surtout à la description des phénomènes.

La perspective psychodynamique d'autre part, tient compte de l'histoire familiale et des influences intergénérationnelles qui l'ont façonnée; elle étudie les processus conscients et inconscients à l'oeuvre à l'intérieur de la famille. Loin d'être opposés, ces deux éclairages se complètent mutuellement et enrichissent la compréhension de la psychologie familiale.²¹

4.1.4 Concept d'approche systémique

Comme il a déjà été annoncé au chapitre sur la philosophie du modèle, le choix de l'approche systémique comme grille d'analyse privilégiée pour l'intervention sera justifié.

Il convient d'abord, de nous entendre sur une définition d'un système et de l'approche systémique.

21

4.1.4.1 Définition d'un système

C'est au biologiste allemand Ludwig Von Bertalanffy que nous devons la **définition des systèmes**. Il les a définis comme des «complexes d'éléments en interaction». Il a dégagé de ses études des systèmes une série de principes valables à tous les systèmes. Il s'agit de la théorie générale des systèmes publiée aux États-Unis en 1968 et à Paris en 1972.²² Bradshaw (1992) a résumé comment cette **théorie générale des systèmes** s'applique aux systèmes familiaux.

La totalité constitue le principe premier des systèmes. Le tout est supérieur à la somme de ses parties. Cela signifie que la somme des éléments ne produit pas le système. Le système résulte de l'interaction entre les divers éléments. Sans cette interaction, le système n'existe pas (...). Monsieur Von Bertalanffy parle de totalité pour caractériser une telle interaction.²³

Les relations constituent la deuxième caractéristique d'un système. Afin d'étudier la famille à titre de système, on doit considérer les diverses connexions entre les individus et leurs interactions (...). Chacun est en partie un tout et totalement une partie de l'ensemble. Chaque membre du système a une individualité systématique unique, tout en véhiculant l'empreinte perceptible du système familial dans sa totalité.²⁴

Les systèmes familiaux peuvent être soit fermés, soit très flexibles et ouverts. Au sein des systèmes fermés, les connexions, les structures et les relations sont fixes et rigides, et les modèles de processus demeurent essentiellement les mêmes.²⁵

*Les systèmes familiaux à l'instar de tous les systèmes établissent des rapports par le biais d'un processus appelé «**rétroaction**». L'effet de rétroaction assure le fonctionnement du système (...). Au sein d'un système familial fermé, les rétroactions sont négatives et font en sorte de ne rien modifier au système lui-même. Voilà ce qu'on nomme l'**homéostasie dynamique**. Plus on tente de le changer, plus il demeure le même.*

*La rétroaction est également maintenue dans les familles par les règles qui gouvernent le système (...). Ces règles dissimulées forment souvent une **rétroaction négative** (...). La rétroaction positive peut rompre le statu quo d'un système.*

*La **rétroaction positive** défie les règles destructrices qui ne sont jamais remises en cause, tant explicites qu'implicites. La rétroaction positive se manifeste par de nouveaux systèmes de croyance qui accélèrent de nouveaux types de comportements, en rendant intenables les anciennes situations (...). Ce n'est pas tel ou tel individu qui doit être isolé et porter l'étiquette de malade. Il faut examiner la manière dont fonctionne le système dans son ensemble, en initiant de nouveaux mouvements par le biais de la rétroaction positive, qui modifie le fonctionnement du système.²⁶*

*Les systèmes familiaux faillissent, non pas en raison de la méchanceté des membres, mais à cause de **mauvaises boucles informatives**, d'une mauvaise rétroaction prenant la forme de mauvaises règles de conduite (...). Les familles élaborent une vaste gamme de règles qui les gouvernent. Il s'agit de règles financières, domestiques, sociales, éducationnelles, émotionnelles, sexuelles, somatiques (maladie et santé), parentales, de même que des règles entourant les célébrations. Chacune de ces règles comporte des volets sur l'attitude, le comportement et la communication (...). L'une des principales tâches du mariage consiste à négocier un compromis entre les diverses règles provenant des familles respectives des époux.²⁷*

Tous les systèmes reposent sur des principes et des règles pareils à ceux dont nous avons fait état. De même, tous les systèmes sont composés d'éléments. Les principaux éléments d'un système familial sont la relation qu'entretient la mère face à elle-même et sa relation envers son père, et la relation du père face à lui-même et sa relation envers sa mère.

L'état de ces relations domine le système. Si le mariage est fonctionnel, les enfants peuvent devenir entièrement fonctionnels. Si les éléments du mariage sont dysfonctionnels, les membres de la famille subissent un stress et s'adaptent de façon dysfonctionnelle.²⁸

Nous divergeons d'opinion avec Bradshaw concernant l'impact du mariage fonctionnel ou dysfonctionnel sur les enfants. Il est possible qu'un couple fonctionnel puisse avoir un enfant dysfonctionnel. Dans une perspective systémique, il y a lieu de souligner qu'un enfant ou un adolescent de même qu'une fratrie puissent présenter un symptôme, sans que le couple parental soit dysfonctionnel et qu'ils ou qu'elles exercent une influence réciproque sur la dyade parentale et conjugale. Par exemple, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez un enfant peut perturber la relation parentale et conjugale.

Nous tenons à résumer l'application de la **théorie générale des systèmes de Ludwig Von Bertalanffy** aux systèmes familiaux parce que c'est la base des approches familiales en intervention psychosociale et cela constitue l'origine de l'approche systémique que nous allons maintenant définir et justifier comme approche privilégiée dans l'intervention psychosociale chez les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie en Montérégie.

4.1.4.2 Définition de l'approche systémique

L'approche systémique peut se définir : «comme une forme d'observation et description de la réalité qui s'attache aux interactions entre les éléments plutôt qu'aux éléments eux-mêmes, aux finalités du système plutôt qu'à ses causes et aux règles de fonctionnement qui lui permettent de changer, d'évoluer, de s'autocorriger sans cesse. L'autocorrection se fait en fonction des évolutions de l'environnement et des finalités propres au système.»²⁹ L'approche systémique est donc une façon de décrire la réalité et de l'objectiver.

Précisons maintenant ce qu'on entend par **hypothèse systémique**.

«Une hypothèse est une supposition faite pour servir de base de raisonnement, sans référence à sa vérité.»³⁰ Mony Elkaïm rappelle également qu'elle n'est ni vérité ni diagnostic, mais «une manière de construire le réel».

«L'**hypothèse systémique** a trait à la nature des interactions entre les individus et/ou sous-systèmes impliqués dans une même problématique. Elle s'intéresse plus spécifiquement aux règles qui régissent le jeu interactionnel et aux différents enjeux tant des individus que des sous-systèmes interpellés par la situation.»³¹

Sachant qu'évidemment, l'approche systémique dépasse l'analyse du cadre familial pour englober le réseau de l'individu, nous voulons délibérément le restreindre, ici, pour mieux cerner le contexte de la famille qui est souvent la première cible de notre intervention.

Ainsi, l'**approche systémique** pourra être comprise comme : «une thérapie familiale où l'on aborde les problèmes ou symptômes à corriger dans leur contexte ponctuel et relationnel. Le focus est mis sur les relations entre les individus et leurs enjeux et s'ouvre aux interactions extra-familiales».³²

Benoît Van Caloen et Diane Labrie (1992) mentionnent que :

*L'analyse systémique considère le fait de développer des symptômes comme faisant partie intégrante des stratégies familiales en vue de résoudre les problèmes posés par la vie. C'est une manifestation de la compétence du système, un processus vers un nouvel équilibre, vers un niveau d'organisation supérieure. La personne qui développe le symptôme peut être considérée comme celle qui prend en charge le bien-être de tout le système.*³³

4.1.4.3 Justification du choix de l'approche systémique

Plusieurs motifs nous amènent à privilégier l'approche systémique pour oeuvrer auprès des familles.

Tout comme le mentionne Crozier:

L'approche systémique permet de poser un diagnostic du système qui permette de comprendre en quoi et pourquoi, dans ce système, les comportements sont en fait rationnels. Elle permet d'éviter de tomber dans le piège de rechercher le ou les coupables. Elle offre une façon différente de penser la réalité et le

changement. Elle permet notamment, d'anticiper les résistances que provoquera le changement et de trouver la stratégie qui permettra de le préparer.

Ce n'est pas d'affirmer que la théorie des systèmes soit la bonne théorie, mais plutôt de l'utiliser pour passer d'une situation de blocage à une situation de succès tant dans une famille que dans une institution.³⁴

«L'approche systémique permet de rêver l'avenir d'un système et d'agir sur lui dans le présent pour l'orienter vers ce rêve.»³⁵

L'étude de Champagne et collaborateurs (1994) sur le profil des parents consultant le service social en pédopsychiatrie élabore sur la complexité de la demande de consultation en pédopsychiatrie et préconise, comme notre modèle d'intervention, l'approche systémique auprès de la clientèle.

Ce n'est donc pas nécessairement la même personne qui demande de l'aide, présente des symptômes et souffre du problème; c'est même rarement le cas en pédopsychiatrie. Cette observation laisse entrevoir la complexité de notre travail et pourrait militer en faveur d'une pratique systémique, dans un premier temps du moins, pour permettre de décibler l'enfant porteur du symptôme. Il y a même lieu de se demander si une grande partie de nos interventions ne se résument pas en définitive à offrir des services aux parents souffrants, principalement aux mères qui demandent de l'aide pour elles-mêmes par l'entremise de leurs enfants.³⁶

L'approche systémique n'est pas une panacée universelle. Dans nos interventions, nous tenons compte d'une **critique importante** adressée à l'approche systémique qui concerne la subordination des besoins de la personne aux besoins de cohérence familiale, telle que formulée par **Benoît Van Caloen et Diane Labrie (1992)**.

C'est donc pourquoi nous avons un souci d'éclectisme dans nos approches thérapeutiques et que nous intégrons, entre autres, les aspects psychodynamiques de la personne dans notre travail clinique.

D'autres approches thérapeutiques sont intégrées à notre pratique. Pour n'en mentionner que quelques-unes : la Gestalt, la thérapie centrée sur les solutions, la thérapie behaviorale, la programmation neurolinguistique, etc. Nous en reparlerons au chapitre sur l'intervention.

4.1.4.4 Postulats de base de l'approche systémique

Après avoir justifié le choix de l'approche systémique, les principaux postulats de cette approche seront présentés. Maurizio Andolfi³⁷ résume fort bien les **principaux fondements théoriques de cette grille d'analyse**.

1. «L'approche systémique étudie les êtres humains et les événements en fonction de leurs interactions, plutôt que de leurs caractères intrinsèques.»³⁸
2. «La famille est un système parmi d'autres systèmes, et l'exploration des relations interpersonnelles et des normes qui réglementent la vie des groupes significatifs auxquels appartient l'individu est essentielle à la compréhension du comportement de ses membres ainsi qu'à la formulation d'interventions efficaces.»³⁹
3. «La famille est un système qui s'adapte aux exigences changeantes des différentes phases de son cycle de développement aussi bien qu'aux changements d'exigence de société. Elle doit s'adapter afin d'assurer à ses membres à la fois, la continuité et la possibilité d'une croissance psychosociale. La famille atteint ce double objectif en parvenant à un équilibre dynamique entre deux fonctions apparemment contradictoires : la tendance à l'homéostasie et la capacité de se transformer.»⁴⁰
4. «La famille structure ses interactions selon des règles qu'elle a développées et modifiées au travers «d'essais et erreurs» pendant un certains laps de temps.»⁴¹
5. «Le système familial interagit avec une gamme de systèmes sociaux tels qu'école, milieu de travail, voisinage, groupes de pairs, etc. Ces relations extra-familiales influencent et sont à leur tour influencées par les normes et les valeurs de la société.»⁴² Le lecteur peut se référer au tableau intitulé : **Personne-Famille -Environnement : configuration systémique** à la section 9.6.
6. «Le comportement symptomatique d'un individu est un signal concernant la structuration rigide des relations familiales.»⁴³

Cette approche fait appel à l'utilisation de la **causalité circulaire** qui se distingue de la causalité mécaniste linéaire de cause à effet utilisée, entre autres, par le modèle médical.

Selon cette approche, **la famille prend en charge ses propres problèmes interactionnels** au fur et à mesure qu'ils se présentent. Le thérapeute se réfère à l'analyse systémique des problèmes familiaux et à l'activation des ressources potentielles de la famille. Pour ce faire, il recourt à certaines **techniques** particulières telles que le recadrage, la connotation positive, la prescription du symptôme, les tâches paradoxales, la métaphore, etc.

Selon Laufer et Gordon (1989), dans le modèle systémique de la psychopathologie, **la famille est conçue comme un système cherchant à maintenir un équilibre dynamique dans un champ de perturbations**. La famille est ainsi vue comme un ensemble complexe de processus homéostatiques faisant intervenir des boucles positives et négatives. Le comportement symptomatique de l'un de ses membres est généralement interprété comme un comportement au service de l'équilibre familial, comportement qui évidemment affecte le système, mais est aussi affecté par lui.⁴⁴

Ouvrant en contexte multidisciplinaire, les travailleurs sociaux sont nécessairement influencés par les autres professionnels qui utilisent leur propre cadre d'analyse ou de référence. Ainsi, les travailleurs sociaux intègrent certains apports théoriques des autres disciplines comme par exemple, les éléments psychodynamiques ou intrapsychiques de l'individu. Évidemment, les travailleurs sociaux par leurs apports théoriques spécifiques ne sont pas sans influencer les conceptions théoriques de leurs collègues.

27

On adhère à la croyance de la **capacité de changement** des familles en tant que système étant donné qu'«un système constitue plus que la somme de ses éléments et qu'une modification de l'un d'eux entraîne en effet une modification de tous les autres et du système dans son ensemble»⁴⁵, tel qu'explicité auparavant lorsqu'il a été question de la théorie générale des systèmes. Nous reviendrons sur notre conception du changement.

4.1.4.5 Définition d'auto-référence

L'inclusion du thérapeute dans le système familial, notion tirée de la théorie du constructivisme, est une donnée clinique dont on tient compte de plus en plus et qui est intégrée progressivement à la pratique de plusieurs travailleurs sociaux.

Afin de mieux situer le lecteur sur ce qui va suivre, rappelons que:

«la **première cybernétique** est fondée sur la thèse que le système observé peut être considéré comme séparé de l'observateur et est centrée sur la façon dont les systèmes maintiennent leur homéostasie.

La **deuxième cybernétique** inclut le rôle de l'observateur dans la construction de la réalité en cours d'observation. Elle est centrée sur la façon dont les systèmes changent leur organisation.»⁴⁶

Les plus récents travaux sur l'approche systémique qui font référence à la deuxième cybernétique (Prigogine)⁴⁷ mentionnent l'importance d'**inclure le thérapeute** (observateur) dans l'analyse du système. D'après Onnis (1989), Elkaïm, Maturana, Pluymaekers et d'autres, le thérapeute fait partie du système étudié, ce qu'on appelle **processus autoréférentiel**.⁴⁸

Qu'entendons-nous par **auto-référence** ou **concept de résonance**?

Il existe des nuances entre les concepts d'auto-référence utilisés par plusieurs auteurs pour décrire l'inclusion du thérapeute dans l'analyse du système. Cependant, le concept de résonance est particulier à Mony Elkaïm.

Pour lui:

La résonance se manifeste dans une situation où la même règle s'applique à la fois, à la famille du patient, à la famille d'origine du thérapeute, à l'institution où le patient est reçu, au groupe de supervision, etc.

*Le concept de résonance n'est qu'un cas particulier de ce que je dénomme «**assemblage**» : les résonances sont constituées d'éléments semblables, communs à différents systèmes en interaction, tandis que les assemblages sont composés d'éléments différents, qui peuvent être liés à des données individuelles, familiales, sociales ou autres.*

*Pour moi, c'est l'**amplification** de ces assemblages formés aussi bien de règles intrinsèques que des singularités du système thérapeutique qui provoque le changement ou le blocage d'un système.*⁴⁹

Mony Elkaïm élabore la notion d'**auto-référence** que les psychanalystes nomment contre-transfert. Il décrit des situations :

*où une **résonance** semble se manifester entre les constructions du monde des membres de la famille et du thérapeute. Il semblerait que le sentiment qui naît chez le thérapeute n'ait pas seulement un sens et une fonction dans une économie personnelle mais aussi dans l'économie du système thérapeutique*

où ce sentiment apparaît. Si le thérapeute se contente de suivre les sentiments qui naissent en lui sans les analyser, il risque de renforcer les constructions du monde des membres de la famille ainsi que les siennes propres.

Je propose d'utiliser l'auto-référence comme un atout plutôt que comme un handicap. Le sentiment qui naît chez le thérapeute peut être indicatif d'une règle importante pour le système thérapeutique, lui y compris. Le thérapeute devra d'abord analyser l'utilité de ce qu'il sent par rapport à sa propre histoire avant d'en vérifier la pertinence par rapport aux règles du système familial qui lui fait face.

S'il apparaît que ce que le thérapeute a vécu est important également pour les membres de la famille, il découvre alors le pont unique et singulier qui le lie à cette famille à ce moment précis de la psychothérapie. Ce pont est bien sûr différent pour chaque thérapeute et chaque système thérapeutique.⁵⁰

De plus en plus, l'approche systémique considère que l'intervenant fait temporairement partie du système plutôt que d'être considéré comme un observateur soi-disant objectif.

L'intervenant regarde avec ses propres yeux et interprète ce qu'il voit en fonction de sa propre histoire. Il mettra, par conséquent, des choses en lumière qui ne sont pas pertinentes pour cette famille-là. Par contre, d'autres peuvent être reconnaissables par celle-ci. C'est la famille qui fait le tri entre ce qui l'aide et ce qui ne l'aide pas.

C'est un travail de tâtonnements où les sensibilités mutuelles entrent en résonance. Nous sommes bien loin des stratégies compliquées élaborées par l'intervenant qui veut trouver la solution adéquate pour le problème de la famille. Ici, les efforts se passent en synergie et le processus est beaucoup plus imprévisible, en particulier pour l'intervenant.⁵¹

Dans la construction du réel entre l'intervenant et la famille, la **résonance est un nouveau langage**, parmi d'autres, qui rend possible le travail thérapeutique.

Cette approche propose au thérapeute de travailler à partir de son centre et de tenir compte de son propre vécu. Rien n'est indissociable et tout peut se recycler.

Le concept de résonance éclaire plus précisément l'action de l'intervenant dans la nouvelle cybernétique. «Qu'est-ce qui naît en moi? Qu'est-ce qui est amplifié en moi par ce système thérapeutique auquel j'appartiens? Quelle en est la fonction pour ce système?»⁵²

Mony Elkaïm démontre même la résonance entre l'histoire du thérapeute, l'histoire de la famille et les autres systèmes en jeu telle l'institution dans laquelle travaille le thérapeute.

Par ailleurs, le thérapeute reconnaîtra fréquemment des thèmes qui ont été importants pour lui à un moment de son histoire qui le sont beaucoup moins aujourd'hui.

Le travail de psychothérapie sera alors d'aider les membres du système thérapeutique à être moins prisonniers des constructions du monde qui empêchent ce système d'évoluer. Ce qui est important pour moi n'est pas tant l'école à laquelle appartient le thérapeute que l'utilisation qu'il peut faire de ce pont unique et singulier entre chaque patient et lui.

On découvre assez rapidement que la résonance qui naît entre le thérapeute et les membres du système thérapeutique n'est pas uniquement liée à l'histoire du thérapeute et à l'histoire des membres de la famille. Il apparaît que ces éléments communs au thérapeute et à la famille concernent également les autres systèmes en jeu, qu'il s'agisse de l'institution où la famille est vue, du groupe de supervision ou d'autres systèmes sociaux. À partir de ce moment, le transfert comme le contre-transfert n'apparaissent plus que comme les éléments apparents d'un iceberg beaucoup plus important : la résonance. Celle-ci, transversalement, touche à divers systèmes en présence, sans être une reproduction de la même règle de système en système.⁵³

4.2 Conception du changement

30

Après avoir défini les principaux concepts théoriques utilisés dans ce modèle, il nous apparaît important de situer ici clairement notre conception du **changement**. En ce sens, Morval (1985) rejoint la conception d'O'Hanlon et Weiner-Davis (1989) sur le changement à laquelle nous adhérons. Ceux-ci, reprenant les travaux de Milton Erickson et de Jay Haley auprès des familles conviennent que si le changement touche un point crucial, même s'il peut paraître parfois anodin, il peut changer le système en entier.⁵⁴

O'Hanlon et Weiner-Davis partent de l'hypothèse **qu'un petit changement en entraîne d'autres** et logiquement, on doit commencer par un premier petit pas. Si une personne change dans une relation, la relation change. Si un membre d'une famille change, les autres membres de la famille changent aussi. Un changement dans un aspect de la vie d'un individu crée des changements dans d'autres domaines.⁵⁵

Milton Erickson utilisait la métaphore d'une boule de neige déboulant en bas d'une montagne pour décrire l'importance des petits changements.⁵⁶ Parfois, tout ce qui est nécessaire pour initier un changement significatif, c'est seulement de **modifier la perception** de la personne sur sa situation.⁵⁷

A partir des travaux de Milton Erickson, il devient clair que tout changement dans le «pattern» entourant le problème peut diminuer la possibilité que le problème réapparaisse. Ainsi, une fois que le thérapeute a saisi la séquence des événements entourant l'apparition du problème, il peut suggérer un petit changement qui pourra faire une différence significative.⁵⁸

Qui est responsable du changement en thérapie? Il y a autant de réponses à cette question qu'il y a d'écoles de pensée. A l'instar de Lamarre et Beauséjour, nous considérons le client comme le coordonnateur de sa propre recherche de solutions et l'intervention thérapeutique fait partie des ressources que le client utilise à cet effet.⁵⁹

Comme le fait remarquer Gosselin (1994), le travailleur social perçoit le client, en raison de ses ressources comme un **collaborateur ou un partenaire d'une action commune** plutôt qu'objet ou moyen de l'intervention. Les forces vives de chacun sont alors essentielles à la réalisation de l'objectif.⁶⁰

En conclusion, ce modèle d'intervention est imprégné des valeurs et de la philosophie propres à la profession du service social, des principes de volontariat et de motivation face au changement, des fondements de l'approche systémique qui privilégie l'intervention auprès de l'environnement familial et social en tenant compte des cycles de vie familiale et des étapes développementales de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de certains aspects psychodynamiques.

31

RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 4

1. Dictionnaire de notre temps (Hachette, 1989), p. 992.
2. Petit Larousse Illustré (Librairie Larousse, 1992), p. 546.
3. J. LAUFER et E. GORDON, La dynamique des systèmes : un modèle sur la toxicomanie dans Thérapie familiale, Vol. 11, no 1 (Genève, 1989), p. 191.
4. Ibid.
5. GOUVERNEMENT DU CANADA, Santé et Bien-être social Canada, La Santé mentale des canadiens : vers un juste équilibre (1988), p. 7.
6. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, La politique de la Santé et du Bien-être (1992), p. 108.
7. GOUVERNEMENT DU CANADA, Santé et Bien-être social Canada, La Santé mentale des canadiens, p. 8.
8. Ibid.
9. Ibid., p. 9.
10. Ibid., pp. 8-9.
11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, La politique de la Santé et du Bien-être (1992), p. 109.
12. GOUVERNEMENT DU CANADA, Santé et Bien-être social Canada, op. cit., p. 9.
13. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Politique de santé mentale (1989), pp. 21-22.
14. C. BOUTET, Synthèse d'une consultation sur le développement et la protection de la santé mentale des jeunes (Québec, ministère des Affaires sociales, 1984), cité dans GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Comité de la santé mentale du Québec, La santé mentale des enfants et des adolescents : Vers une approche plus globale (Québec, MAS, 1985), p. 3.

15. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Comité de la santé mentale du Québec, La santé mentale des enfants et des adolescents, p. 3.
16. M. **JAHODA**, Current Concepts of Positive Mental Health (New York, Basic Books, 1958), cité dans **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Comité de la santé mentale, op. cit., p. 4.
17. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Comité de la santé mentale du Québec, op. cit., p. 4.
18. Ibid., p. 5.
19. Maurice **CHAMPAGNE-GILBERT**, La famille et l'homme à délivrer du pouvoir (Ottawa, Éditions Léméac, 1980), p. 30.
20. Monique V.G. **MORVAL**, Psychologie de la famille (Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1985), pp. 9-10.
21. Ibid., pp. 10-11.
22. Ludwig **VON BERTALANFFY**, Théorie générale des systèmes (Paris, Dunod, 1972), 296p.
23. John **BRADSHAW**, La famille, une méthode révolutionnaire pour se découvrir, traduction de l'américain de : Bradshaw on : The Family (1988), par Jean-Robert **SAUCYER**, version française (Laval, Éditions Modus-Vivendi, 1992), p. 47.
24. Ibid., pp. 47-48.
25. Ibid., p. 49.
26. Ibid., pp. 50-51.
27. Ibid., pp. 51-52.
28. Ibid., p. 52.
29. Isabelle **ORGOGOZO**, Les paradoxes et la qualité (Paris, Éditions d'Organisation, 1987), p. 49.

30. Robert PAUZÉ et Linda ROY, Hypothèse initiale: tentative d'un ancrage dans le flot turbulent des événements dans Jacques PLUYMAEKERS et autres, Familles, institutions et approche systémique (Paris, Éditions ESF, 1989), p. 134.
31. Ibid., p. 136.
32. CSS RICHELIEU, Info-Flash.
33. Benoît VAN CALOEN et Diane LABRIE, Compétences des familles, compétences de l'intervenant : nouvelles stratégies de traitement en toxicomanie dans Intervention, no 93 (octobre 1992), pp. 29-30.
34. M. CROZIER et E. FRIEDBERG, L'acteur et le système (Paris, Éditions du Seuil, 1977), p. 244.
35. Isabelle ORGOGOZO, op. cit., p. 53.
36. Céline CHAMPAGNE et collaborateurs, Profil des parents qui consultent le service social en pédopsychiatrie, dans Intervention, no 99 (octobre 1994), p. 43.
37. Maurizio ANDOLFI, La thérapie avec la famille (Paris, Éditions ESF, 1982), pp. 19-29.
38. Ibid., p. 19.
39. Ibid., p. 24.
40. Ibid., p. 25.
41. Ibid., p. 26.
42. Ibid., p. 27.
43. Ibid., p. 29.
44. J. LAUFER, et E. GORDON, op. cit., p. 192.
45. MORVAL, op. cit., p. 18.

46. Carlos E. SLUZKI, A minimal map of cybernetics, Networker (mai-juin 1985), cité dans J. C. BENOÎT ET COLLABORATEURS, Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (Paris, ESF, 1988), p. 97.
47. Ibid.
48. Luigi ONNIS, L'institution comme système : une perspective auto-référentielle à partir de la crise de l'intervenant dans Jacques PLUYMAEKERS ET AUTRES, Familles, institutions et approche systémique (Paris, Éditions ESF, 1989), pp. 42-45.
49. Mony ELKAÏM, Si tu m'aimes, ne m'aime pas, Approche systémique et psychothérapie (Paris, Éditions du Seuil, 1989), p. 15.
50. Mony ELKAÏM, Quelques points à propos d'autoréférence et de thérapie familiale, cité dans Mony ELKAÏM (sous la direction de), La thérapie familiale en changement (Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1994), p. 79.
51. VAN CALOEN et LABRIE, op. cit., p. 31.
52. Ibid., p. 35.
53. ELKAÏM, Quelques points à propos d'autoréférence et de thérapie familiale, p. 80.
54. William Hudson O'HANLON et Michele WEINER-DAVIS, In search of solutions. A new Direction in Psychotherapy (New York, Norton, 1989), p. 38.
55. Ibid., p. 101.
56. Ibid., p. 42.
57. Ibid., p. 48.
58. Ibid., p. 112.
59. S. LAMARRE et D. BEAUSÉJOUR, Bateson revisited dans American Journal of Psychiatry soumis pour publication (1990) cité dans B. VAN CALOEN et D. LABRIE, op. cit., p. 30.
60. Jean GOSSELIN, Pour que la conviction transcende l'obligation..., dans Intervention, no 98, (juin 1994), p. 24.

- les Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements;
- le Code de déontologie de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (voir annexe III) qui est régi par le Code des professions (LRQ c.c.-26);
- le Conseil canadien d'agrément des services de santé (voir annexe I, pp. 29-30);
- la Loi médicale;
- la Loi sur les services de garde à l'enfance;
- la Loi sur la protection du malade mental (abrogée en 1994 par la mise en vigueur du nouveau Code civil du Québec);
- la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (Loi 168).

5.2 Contexte organisationnel de la pratique

38

5.2.1 Mission et lien d'emploi

De 1974 à 1993, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux datant de 1971, les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie étaient employés par le Centre de services sociaux régional qui s'engageait à fournir des services aux centres hospitaliers par entente de services.

Bien que chacun de ces établissements avait une mission différente, déterminée par le Ministère, "ils devaient répondre en complémentarité aux besoins d'un bénéficiaire en tenant compte de la philosophie qui préconise l'approche globale de l'être humain à la fois pour les services de santé et pour les services sociaux".²

Depuis avril 1993, les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie sont employés par les centres hospitaliers qui doivent s'engager à fournir des services psychosociaux dévolus par leur **nouvelle mission sociale** (Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), article 81). La loi définit ainsi cette nouvelle mission.

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. A cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient



évalués et que les services infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.³

La mission psychosociale s'intègre à la mission du centre hospitalier.

Le service social ayant une responsabilité spécifique à l'égard de la dimension psychosociale à l'intérieur des centres hospitaliers, doit s'inscrire aux diverses structures participatives de l'établissement, à titre consultatif et/ou décisionnel selon le cas.

Ses actions convergent vers la réalisation d'objectifs ayant un impact sur la condition de santé physique ou mentale.

Le service social s'assure que ses rôles, fonctions, objectifs et priorités sont connus des diverses instances du centre hospitalier.⁴

Ce qui précède constitue un standard de pratique qui s'applique avec les normes suivantes:

Un service social unifié assure une vision globale des besoins psychosociaux des usagers du centre hospitalier ainsi que l'adéquation et la cohérence des services sociaux et des services de santé.

Le service social est représenté aux diverses instances administratives et professionnelles de l'établissement.⁵

39

5.2.2 Cadre légal sur la dispensation des services

L'article 105 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991) balise le cadre de dispensation des services de santé et des services sociaux. Il situe plus particulièrement les centres hospitaliers par rapport aux activités relatives à leur mission.



L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale pour l'atteinte des objectifs fixés aux divers programmes établis par le ministre.

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la régie régionale.⁶

5.2.3 Mandat des cliniques externes de pédopsychiatrie

En Montérégie, les travailleurs sociaux, à l'instar des autres professionnels en pédopsychiatrie exercent leur profession principalement en clinique externe. Il convient donc ici de définir le **mandat des cliniques externes de pédopsychiatrie** qui se traduit comme suit:

Ces services spécialisés destinés aux jeunes de 0 à 17 ans visent à évaluer, supporter, traiter de façon précoce les enfants et adolescents éprouvant des troubles sévères, complexes ou persistants de santé mentale et favoriser le maintien et l'intégration dans leur milieu familial et social. On vise également à réduire la gravité des problèmes et à en minimiser l'impact, à supporter et à réintégrer la famille à l'intervention.⁷

Le Comité de santé mentale du Québec circonscrit de façon explicite la **clientèle cible, les approches, la fréquence et la durée des traitements.**

Ces thérapies s'adressent à l'enfant, à ses parents ou à ceux qui en ont la charge, ou à la famille; elles sont dispensées dans le cadre de cliniques externes ou de points de service équivalents.

Les approches choisies sont fonction des besoins identifiés et des ressources disponibles:

- ◆ *psychothérapies individuelles;*
- ◆ *rééducations individuelles;*
- ◆ *orientation et thérapie parentales;*
- ◆ *psychothérapie parents-enfant;*
- ◆ *thérapies familiales;*
- ◆ *psychothérapie de groupe pour enfant;*
- ◆ *orientation parentale de groupe;*
- ◆ *intervention en situation de crise;*
- ◆ *approche du réseau primaire.*

Ces traitements et rééducations sont de différents types possibles dépendant de la formation des thérapeutes ou rééducateurs. Ils peuvent être combinés. Ils ne sont pas disponibles partout.

La fréquence et la durée de ces traitements sont variables. Dans bien des cas, le traitement est hebdomadaire. Les thérapies sont dites brèves si elles n'impliquent que quelques séances dans une période d'au plus quelques mois. Certains traitements sont longs et peuvent s'étendre sur quelques années.⁸

5.2.4 Programme des services sociaux hospitaliers

La pratique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier en Montérégie demeure largement tributaire du Programme des services sociaux hospitaliers élaboré par le CSS Richelieu en mars 1985. Il précise que l'action du service social en milieu hospitalier est caractérisée par l'identification des liens constants entre la maladie et les problèmes sociaux et psychosociaux. **Le travailleur social en milieu hospitalier intervient tant auprès de l'individu qu'auprès de son milieu en tenant compte des facteurs psychosociaux et environnementaux.** Il se doit "d'intervenir tant auprès des individus que de leur famille, s'il y a lieu, en utilisant au besoin les ressources communautaires".⁹ L'intervention se fait à court, moyen et long terme et sera développée au chapitre 9.

L'objectif général de l'intervention psychosociale est de promouvoir, restaurer ou maintenir l'équilibre dynamique entre l'individu et son environnement dans un contexte de maladie physique ou mentale.

On considère l'intervention psychosociale en milieu hospitalier comme étant **spécialisée**.

*Le personnel du programme doit démontrer, en plus du savoir, des attitudes et des habiletés propres à sa profession, sa connaissance des facteurs psychosociaux qui interagissent avec les facteurs de santé ou de la maladie; à ce titre l'intervention psychosociale en milieu hospitalier est spécialisée.*¹⁰

Les interventions cliniques du programme de services sociaux en milieu hospitalier s'exercent dans plusieurs secteurs du centre hospitalier. Le programme identifie sept secteurs d'activités plus homogènes qui sont regroupés sous deux grands volets.

Santé physique

1. urgence et services externes
2. jeunesse (intégrant la planification familiale, la périnatalité et la pédiatrie)
3. adulte et personne âgée (intégrant la géro-geriatrie)
4. réadaptation

Santé mentale

1. urgence
2. jeunesse (interne et clinique externe)
3. adulte et personne âgée (interne et clinique externe)¹¹



La Loi sur les services de santé et les services sociaux intègre les travailleurs sociaux dans la structure organisationnelle du centre hospitalier. Généralement, l'organisation et la direction du service social sont assurées par un travailleur social qui possède les compétences requises, c'est-à-dire une formation universitaire en service social, de préférence de niveau maîtrise, et de l'expérience clinique en service social. Une formation ou de l'expérience en gestion est également souhaitable.

Par ailleurs, les centres hospitaliers (incluant ceux dont la direction du service social n'est pas assurée par un travailleur social) doivent prévoir des mécanismes d'encadrement professionnel (supervision, consultation, évaluation) pour les travailleurs sociaux exerçant à leur emploi; cet encadrement est dispensé par un travailleur social reconnu pour sa compétence.¹²

42

Le chef du service social hospitalier est préférablement membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) et de l'Association des praticiens de service social en milieu de santé (APSSMSQ). Cette exigence est corroborée par la norme III du Conseil canadien d'agrément des services de santé dont il sera question dans une prochaine rubrique (voir annexe I, p.29).

Afin de maintenir une continuité du programme de services sociaux hospitaliers, à l'occasion de la réintégration administrative des travailleurs sociaux dans les centres hospitaliers, le CSS Richelieu a formulé des conditions de transfert à l'intérieur desquelles, des principes directeurs organisationnels ont été précisés. On les retrouvera à l'annexe I. Le chapitre 10 sur les conditions favorisant l'application du modèle s'en inspire largement. Ces conditions de transfert de même que les principes directeurs, rappelons-le, ont été entérinés par le Conseil d'administration de la Régie régionale et le Comité de transfert sur lequel les centres hospitaliers étaient représentés.

5.2.5 Encadrement de la pratique professionnelle par l'OPTSO

Par son appartenance à son Ordre professionnel, le travailleur social est tenu à certaines **responsabilités professionnelles** qui sont explicitement inscrites au Code des professions. En effet, le Code des professions oblige chaque ordre professionnel à adopter par règlement, notamment, **un code de déontologie et des normes de pratique professionnelle** incluant les règles sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation. Il en sera davantage question au chapitre 8.

Ces règlements indiquent les devoirs et obligations des travailleurs sociaux dans l'exercice de leur profession et ont force de loi. Le travailleur social qui manquerait à ses responsabilités professionnelles peut faire l'objet de plaintes et de poursuites en discipline; par exemple, s'il manquait au secret professionnel auquel il est tenu. Nous traiterons davantage de ce sujet dans la section "tenue des dossiers" au chapitre 8.

Comment définir l'**autonomie professionnelle** du travailleur social dans le contexte organisationnel du centre hospitalier? "Le travailleur social est responsable de tous ses actes professionnels et exerce son autonomie dans le respect du champ de pratique propre aux autres professionnels".¹³

43

Dans le contexte organisationnel du centre hospitalier, le travailleur déploie son autonomie professionnelle dans l'accomplissement de son acte professionnel et plus spécifiquement, dans les **fonctions** qu'il est appelé à assumer notamment:

- ♦ effectuer une évaluation psychosociale;
- ♦ émettre une opinion professionnelle quant à la nature des problèmes et aux interventions à entreprendre;
- ♦ choisir des modèles, des modes, des approches et des techniques d'intervention en rapport avec les besoins de la clientèle et la mission du centre hospitalier;
- ♦ adopter les attitudes appropriées;
- ♦ proposer et initier diverses activités professionnelles;
- ♦ rédiger des rapports et divers documents;
- ♦ émettre des opinions professionnelles sur l'élaboration et l'application des politiques sociales et des programmes sociaux;
- ♦ décider de l'organisation de son travail en tenant compte des besoins de la clientèle et des besoins du service;
- ♦ évaluer son intervention.¹⁴

Les fonctions cliniques du travailleur social en pédopsychiatrie seront décrites au chapitre 9.

En mai 1992, la CPTSQ, dans son Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC puis en mars 1994, avec son Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, décrivait les principaux **facteurs organisationnels** qui caractérisent la situation du travailleur social dans ces deux milieux de santé.

Les voici:

- le travailleur social exerce sa profession dans un centre hospitalier qui a une **mission déterminée par l'État** et qui dispense une variété de services psychosociaux spécialisés définis à l'intérieur de programmes, lesquels sont choisis selon les besoins de la population, les priorités du centre hospitalier et les disponibilités budgétaires;
- le travailleur social oeuvre dans un établissement public qui préconise certaines **valeurs guidant la définition des programmes et des interventions**, telles une vision globale et multidisciplinaire du travail, une diversification des modes d'intervention, etc.;
- le travailleur social travaille en **contexte multidisciplinaire** où certaines tâches, prises séparément, peuvent être communes à plusieurs professionnels;
- le travailleur social apporte son **expertise**, tant au niveau de l'évaluation des besoins de la clientèle, de l'intervention psychosociale proprement dite, qu'au sein de l'équipe dans laquelle il s'inscrit. Ses interventions s'articulent **en collaboration et en complémentarité** avec les autres professionnels de l'équipe, dans la perspective du plan de services établis pour et avec l'utilisateur;
- le travailleur social est un professionnel **salarié de l'État**; à ce titre, il exerce sa profession pour le compte d'un centre hospitalier envers lequel il a des obligations;
- le travailleur social exerce le plus souvent sa profession sous le titre d'emploi d'**agent de relations humaines (ARH)**, (voir description d'emploi à l'annexe IV). La définition de son poste n'est donc pas spécifique à sa profession. En Montérégie, tous les ARH en pédopsychiatrie détiennent, au minimum un baccalauréat en service social. Eu égard à son titre d'emploi (ARH), le travailleur social est soumis au droit de gérance de son employeur et aux services à dispenser tels que définis par le centre hospitalier. Par ailleurs, en tant que professionnel, le travailleur social a des **devoirs et obligations** envers le client. Ainsi, son obligation de loyauté envers l'employeur et sa responsabilité envers le client placent le travailleur social dans la situation d'avoir à répondre à **deux sortes d'impératifs: ceux de sa profession et ceux du contexte organisationnel.**¹⁵

5.2.6 Encadrement régi par le Conseil canadien d'agrément des services de santé

Les Normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé que l'on retrouve à l'annexe I, pp. 29-30, viennent renforcer l'obligation qu'ont les centres hospitaliers de se doter d'un service social organisé (norme I). De plus, les services sociaux doivent être représentés au niveau de la planification, des décisions et de l'établissement des politiques qui affectent le soin des patients et les objectifs du département (norme II).

5.2.7 Mode de fonctionnement en clinique externe de pédopsychiatrie

Dans cette section, il sera d'abord question de généralités sur le **mode de fonctionnement en clinique externe** de pédopsychiatrie concernant l'ensemble des professionnels. Dans un deuxième temps, sera abordé plus spécifiquement le **contexte organisationnel** de la pratique des travailleurs sociaux à l'intérieur de ces cliniques externes. On constatera l'existence de **particularités sous-régionales** en Montérégie concernant le type de fonctionnement: en équipe multidisciplinaire et par service (par profession).

45

5.2.7.1 Généralités sur le fonctionnement des cliniques externes de pédopsychiatrie

Les cliniques externes offrent des services spécialisés d'évaluation et de traitement en externe qui sont dispensés par des **équipes multidisciplinaires** dans un secteur géographique déterminé (sectorisation) (voir annexe II, p. 10).

Selon les normes définies dans le plan d'action en santé mentale du M.S.S.S. (1985), la **norme ratio/effectif** est une équipe multidisciplinaire dont un intervenant social dessert une population de 50 000 habitants.¹⁶ Ces équipes ont souvent un rôle de consultation, de référence et de support auprès des organismes du réseau.



Beaucoup d'enfants et d'adolescents présentant des problèmes psychiatriques reçoivent parallèlement des services d'autres établissements du système de services sociaux et, selon le cas, du système de l'éducation. La consultation en particulier auprès des intervenants du milieu scolaire représente une part importante des activités professionnelles en pédopsychiatrie.

L'entrée des cas est contrôlée par une **liste d'attente** constituée aux cliniques externes de pédopsychiatrie. Dans certains centres hospitaliers, les travailleurs sociaux ont directement accès à la liste d'attente de la clientèle en pédopsychiatrie et parfois procèdent directement au premier contact (évaluation) avec la clientèle.

Dans la plupart des cliniques externes, un **examen médical et une référence médicale sont prérequis** à l'évaluation psychiatrique. La clientèle s'inscrit elle-même à la clinique externe et vient consulter sur une base volontaire. L'accueil des nouvelles demandes peut se faire soit directement par les professionnels à tour de rôle, soit par un pédopsychiatre, soit par un coordonnateur d'équipe. Par exemple, à la clinique externe de pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Granby, un formulaire de préévaluation (voir annexe V) est utilisé lors du premier contact téléphonique des usagers avec la clinique. Chaque nouvelle demande est cotée selon l'urgence de la situation: une grille de cote d'urgence est utilisée afin de "prioriser" les demandes (voir annexe VI).

L'évaluation psychiatrique se fait soit par le pédopsychiatre seul ou conjointement avec un professionnel de l'équipe. Le pédopsychiatre est responsable du dossier de l'usager. Le thérapeute clinique qui est impliqué au dossier est responsable du suivi, des traitements qu'il offre et de la tenue de ses dossiers. Ainsi, chaque professionnel, membre de l'équipe, demeure le premier responsable de ses actes professionnels. Le travailleur social est responsable du volet social du dossier de l'usager.

Étant donné que la tenue de dossiers est étroitement reliée aux normes de pratique professionnelle, nous en dégagerons les aspects essentiels au chapitre 8.

Dans d'autres centres hospitaliers, les pédopsychiatres font d'abord l'évaluation psychiatrique seuls de tous les cas inscrits sur la liste d'attente et dont les questionnaires ont été préalablement complétés par la clientèle avant d'en référer un certain nombre aux diverses professions, dont le service social.

5.2.7.2 Mode de fonctionnement du service social dans les cliniques externes de pédopsychiatrie

Tous les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie exercent leur profession en **clinique externe** (voir répartition des postes de travailleurs sociaux en pédopsychiatrie en Montérégie aux tableaux I et II de l'annexe I).

Toutefois, les travailleurs sociaux de l'Hôpital Charles LeMoyne desservent aussi les clientèles provenant de l'unité interne de psychiatrie pour enfants (0-12 ans) et du Centre de jour pour adolescents (13-17 ans).

Les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie oeuvrent généralement dans un **contexte multidisciplinaire**. Ces équipes peuvent être composées, tout dépendant des sous-régions, des professionnels suivants:

ergothérapeute	infirmière	orthopédagogue
psychiatre	psychoéducateur	psychologue
psychomotricien	travailleur social.	

Une secrétaire médicale complète la composition de l'équipe multidisciplinaire.

A l'intérieur des cliniques externes de pédopsychiatrie en Montérégie, il existe deux types de fonctionnement pour l'**organisation du travail**. Il s'agit d'un contexte de multidisciplinarité dans les deux cas: **en équipe multidisciplinaire ou par service (par profession)**. Ces deux modalités de fonctionnement ont un impact différent sur les références faites au service social. On le verra plus loin.

5.2.7.2.1 Fonctionnement en équipe multidisciplinaire

Dans le **fonctionnement en équipe multidisciplinaire**, les professionnels de diverses disciplines travaillent ensemble sous la coordination d'un **chef d'équipe (psychiatre)**. Dans un tel contexte de travail, la qualité et l'organisation des soins deviennent une responsabilité multidisciplinaire. Les décisions cliniques concernant le dossier des usagers sont habituellement prises suite à une consultation avec l'équipe; le psychiatre doit en être informé.

Le **travail en équipe multidisciplinaire** existe sous différentes formes selon les sous-régions. À titre d'exemple, à la clinique externe de santé mentale du Centre hospitalier Anna-Laberge de Châteauguay, l'évaluation-orientation de la demande a la coloration locale suivante. À partir des cas inscrits sur la liste d'attente, un psychologue procède à une première évaluation, appelée **évaluation santé mentale**, qui peut être réalisée par le psychologue seul ou en collaboration avec un des professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Suite à cette évaluation, le ou les évaluateurs décident de l'orientation clinique ou amènent le cas en discussion à la réunion multidisciplinaire pour décider de l'orientation clinique. Le dossier de l'utilisateur est de nouveau inscrit sur une liste d'attente pour fin de traitement ou d'évaluation complémentaire. Chaque thérapeute a la responsabilité d'aviser le pédopsychiatre au moment de la prise en charge d'un dossier afin qu'il procède à son évaluation psychiatrique.

Les travailleurs sociaux de cette clinique externe, selon leurs disponibilités, s'attribuent chaque nouveau dossier à partir de cette deuxième liste d'attente. De plus, des demandes faites à ces mêmes travailleurs sociaux peuvent provenir d'autres départements du centre hospitalier à condition qu'il y ait une référence médicale.

5.2.7.2.2 Fonctionnement par service ou profession

Dans le fonctionnement par service ou profession, les diverses professions reçoivent les références de l'ensemble des pédopsychiatres. Toutefois, un professionnel qui désire référer au travailleur social, doit en faire la demande au pédopsychiatre qui l'acheminera aux travailleurs sociaux, par écrit ou verbalement selon les sous-régions.

Au Centre hospitalier Honoré-Mercier à Saint-Hyacinthe, le mode de fonctionnement en pédopsychiatrie qualifié de **mode de fonctionnement par service** se distingue par les caractéristiques suivantes: les demandes de consultation (références) peuvent provenir des médecins généralistes, pédiatres, psychiatres et tout autre professionnel du réseau (psychologue, travailleurs sociaux du centre hospitalier, CLSC ou Centres Jeunesse, milieu scolaire). Les demandes de consultation écrites sont adressées directement à la travailleuse sociale de la pédopsychiatrie en autant que l'enfant soit inscrit au centre hospitalier.

Rappelons qu'"une personne est inscrite dans un centre hospitalier de soins de courte durée lorsqu'elle y reçoit des soins ou des traitements d'un médecin ou d'un dentiste, membre du conseil des médecins et dentistes de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges".¹⁷

La particularité du fonctionnement du service social en pédopsychiatrie à ce centre hospitalier consiste donc à pouvoir recevoir des demandes de consultation de tout médecin traitant dans l'hôpital et non exclusivement du pédopsychiatre. De plus, la travailleuse sociale en pédopsychiatrie peut référer les usagers directement aux autres professionnels du centre hospitalier pour complémentarité d'évaluation ou prise en charge et ce, dans le but de faire bénéficier l'utilisateur de l'intervention distincte des autres disciplines.

À la clinique externe de pédopsychiatrie de l'Hôpital Charles LeMoine, on retrouve les **deux types de fonctionnement**. La clientèle adolescente (13-17 ans) est desservie par des professionnels qui travaillent en **équipe multidisciplinaire**. Le travailleur social de cette équipe reçoit donc ses demandes de consultation directement et verbalement des pédopsychiatres et des autres collègues de son équipe multidisciplinaire.

Par contre, les travailleurs sociaux œuvrant auprès des enfants âgés de 0 à 13 ans ne travaillent pas en équipe multidisciplinaire. Il s'agit plutôt du **fonctionnement par service (par profession)**.

Les pédopsychiatres desservant la clientèle infantile (0-13 ans) évaluent seuls ces enfants. Les références de ces pédopsychiatres sont acheminées par écrit, à chacune des professions: orthopédagogie, psychologie, service social. Parfois, une référence est faite à plus d'une profession. Les professionnels impliqués se concertent alors pour procéder à l'évaluation de la demande de service qui leur est faite.

Dans les deux types de fonctionnement, les travailleurs sociaux n'évaluent qu'un certain nombre d'usagers inscrits sur la liste d'attente de la clinique externe. Cependant, dans le fonctionnement en équipe multidisciplinaire, chacun des professionnels de l'équipe peut apporter son éclairage spécifique sur les cas évalués par les pédopsychiatres et discutés en commun.

Dans ce **fonctionnement par service** à l'Hôpital Charles LeMoine, les pédopsychiatres sont seuls à décider non seulement de l'orientation clinique des cas évalués mais également de l'évaluation de l'ensemble des besoins psychosociaux de la clientèle sans l'avis ou l'éclairage des autres professionnels. Ces aspects de ce fonctionnement ont donc un impact évident sur le choix de la clientèle qui sera orientée au service social et aux autres professions.



Les articles 4 à 11 de la LSSSS (1991) décrivent les **droits des usagers** d'être informés de l'existence des services et des ressources disponibles dans leur milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (art. 4).

Le type de fonctionnement dans lequel le pédopsychiatre est seul à évaluer la demande de l'usager et à décider de l'orientation clinique des cas vient donc parfois limiter les droits des usagers décrits précédemment.

Nous terminons ce chapitre sur le **fonctionnement du service social dans les cliniques externes de pédopsychiatrie** en décrivant, dans l'organisation du travail, les responsabilités de ces professionnels à l'égard de l'obligation de procéder à l'évaluation psychosociale des usagers qui leur sont référés.

5.2.8 Responsabilités à l'égard de l'évaluation psychosociale

Le chapitre 9 décrira le processus de l'intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. L'évaluation psychosociale fait évidemment partie du processus de l'intervention (voir sa définition plus loin dans ce chapitre et également au chapitre 8). Cependant, il en sera également question dans ce chapitre car, dans l'organisation du travail du service social en clinique externe, elle constitue une obligation professionnelle pour les travailleurs lorsqu'ils reçoivent une demande de consultation.

De façon générale, suite à une référence d'un pédopsychiatre ou d'un autre professionnel de l'équipe, les travailleurs sociaux sont tenus de **procéder à une évaluation psychosociale et de faire des recommandations**. Toute demande de consultation psychosociale ainsi que l'évaluation qui en découle n'impliquent pas automatiquement une prise en charge de la part du travailleur social. Il est tenu de répondre à la demande de consultation et d'émettre des recommandations, mais il demeure autonome et responsable professionnellement du contenu de son évaluation psychosociale et de la décision de son implication.

La Corporation des travailleurs sociaux du Québec (CPTSQ) et l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ) (1983) sont très claires à cet effet.

50



Le travailleur social a l'obligation de recevoir la référence, de l'évaluer et de faire le rapport. Dans le cas de référence pour fin d'intervention, il a aussi l'obligation de recevoir la référence, de l'évaluer et de faire rapport. Il peut alors décider d'intervenir; cependant, il n'est pas tenu d'accepter celle-ci pour fins d'intervention.¹⁸

Les standards et normes du programme de service social hospitalier vont dans le même sens.

Une évaluation psychosociale est requise pour toute référence ou consultation formelle, exigeant un éclairage sur la situation sociale et psychosociale de l'utilisateur en vue d'un plan d'intervention, d'un plan de services individualisé, incluant le retour dans son milieu naturel ou l'orientation vers un nouveau milieu de vie.

- ♦ *L'évaluation comprend l'observation des facteurs significatifs de la situation individuelle, familiale et environnementale de l'utilisateur.*
- ♦ *L'évaluation privilégie l'expression que l'utilisateur peut faire de ses propres besoins et difficultés en relation avec ceux exprimés par les tiers.¹⁹*

Avant d'aller plus loin, il nous apparaît essentiel de définir ce que nous entendons par **évaluation professionnelle**. L'éclairage de la réflexion de Nélisse et Uribé (1992) est fort utile à ce sujet.

Traditionnellement, l'évaluation professionnelle est presque toujours faite en fonction d'une prise en charge. Qu'elle s'appelle évaluation clinique dans les pratiques sanitaires ou évaluation formative en pédagogie, elle se caractérise comme une démarche, unifiée par un même agent professionnel, de trois opérations cognitives théoriquement conséquentes l'une à l'autre:

- 1. un recueil aussi large que possible d'informations objectivées pertinentes à un objet à évaluer (par exemple bien, comportement, performance, processus, programme, etc.);*
- 2. un jugement de valeur sur cet objet en rapportant les informations précédentes à un modèle, une table, un code ou une échelle faisant fonction de norme de référence; et*
- 3. une décision quant à des actions souhaitables conformément à l'écart entre ce jugement de valeur ou des objectifs professionnels déterminés par ailleurs.*

L'évaluation expertale (nous appellerons ainsi toute évaluation faite en situation sociale d'expertise) se définit alors comme une démarche dont les deux premières opérations (prise d'informations et jugements de valeur) sont faites par un professionnel à la demande d'une instance étrangère, seule responsable de la troisième opération (décision). Cette instance, qui est le plus souvent judiciaire, est celle qui détermine les finalités de l'évaluation, qui en précise les raisons et qui définit donc le contenu et la portée de ce qui sera à évaluer.

Il est important de se rappeler que l'évaluation professionnelle "normale", "habituelle", est un savoir clinique produit par un professionnel pour sa propre pratique. Les descriptions et les prévisions ont toujours pour objectifs une pratique de prise en charge individualisée. Elles n'ont donc de sens que par rapport à celle-ci. Cependant, l'évaluation faite par un professionnel en situation d'expertise n'est pas construite en vue de ce qui serait sa prise en charge, mais bien en fonction d'une décision (et plus généralement d'une action) conduite par un autre professionnel.²⁰

Après avoir décrit l'évaluation professionnelle qui constitue la première étape d'un processus d'intervention, nous nous attarderons davantage sur la deuxième étape qui est la prise en charge proprement dite.

La prise en charge peut comporter différentes modalités d'intervention. Il y a lieu de différencier le traitement de la prise en charge en ce sens que même si l'évaluation n'est pas suivie d'une thérapie, il peut y avoir un certain "management" à faire, comme une référence à d'autres ressources, informations, démarches pour un placement, etc.

Même s'il n'y a pas toujours prise en charge par les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie après une évaluation psychosociale, ces derniers assurent une continuité des services. Les standards et normes du programme hospitalier sont explicites à ce sujet. "Les services sociaux en milieu hospitalier doivent s'assurer de la continuité des services et référer les usagers aux instances pertinentes pour répondre à leurs besoins."²¹

Le traitement tout comme la prise en charge peuvent être assumés par le travailleur social seul, ou en complémentarité avec d'autres intervenants de la pédopsychiatrie ou d'autres établissements (Centres Jeunesse, écoles, centres d'accueil, etc.).

Après l'évaluation et selon le niveau de fonctionnement psychosocial du client et de sa famille, l'intervention pourra comporter différents objectifs: amélioration du fonctionnement psychosocial, son maintien, sa restauration ou son changement. Le placement d'enfants et d'adolescents est un des moyens pour réaliser le plan global de l'intervention. Il est utilisé de façon ultime, en dernier ressort. Il en sera davantage question au chapitre 9 sur l'intervention.

En somme, dans ce modèle d'intervention, les travailleurs sociaux privilégient l'évaluation et l'intervention en équipe multidisciplinaire comme type de fonctionnement organisationnel pour desservir la clientèle.

52

Ce type de fonctionnement nous apparaît le mieux adapté pour la livraison des services à la clientèle et pour la coordination et l'efficacité du travail entre les diverses professions en clinique externe de pédopsychiatrie.

1. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, (entériné en 1987, et révisé en mars 1993), p. 15.
2. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Programme de services sociaux en milieu hospitalier (mars 1985), p. 2.
3. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991), art. 81.
4. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 6.
5. Ibid.
6. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991), art. 105.
7. **CONSEIL RÉGIONAL SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**, Plan régional d'organisation de services en santé mentale en Montérégie (PROS) (1991), p. 48.
8. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Comité de la santé mentale, La santé mentale des enfants et des adolescents: Vers une approche plus globale (Ministère des affaires sociales, 1985), pp. 80-81.
9. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Description d'emploi, p. 1.
10. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 7.
11. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, pp. 14-15.
12. **CPTSQ**, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (mars 1994), p. 6.

13. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 6.
14. Ibid., p. 5.
15. Inspiré du Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC élaboré par la CPTSQ (mai 1992), p. 4 et adapté par les auteurs aux travailleurs sociaux en pédopsychiatrie.
16. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action en santé mentale (Québec, novembre 1985) cité dans CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 33.
17. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RRQ, c.S.-5, r. 3.01, section II, art. 25, (7 novembre 1991).
18. CPTSQ et APSSMSQ, Responsabilité professionnelle et autonomie des travailleurs sociaux en milieu de santé du Québec (mai 1983), p. 22.
19. CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 17.
20. Claude NÉLISSE et Isabelle URIBÉ, Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public dans Santé Mentale au Québec, Vol. XVII, no 2 (1992), p. 271.
21. CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 17.

6.1 Définition de la problématique

Après avoir présenté au chapitre 5 le cadre légal et le contexte de travail, il sera maintenant question plus spécifiquement de la **problématique en service social pédopsychiatrique**. Dans les cliniques externes de pédopsychiatrie, les pédopsychiatres et les autres professionnels reconnaissent les travailleurs sociaux comme étant les spécialistes des problèmes familiaux et de l'intervention auprès des parents, de la famille et du réseau social. Cependant, cette spécificité auprès de la famille et de l'environnement social n'exclut pas toutefois, la possibilité pour les autres professionnels d'intervenir dans ces dimensions de la problématique.

En pédopsychiatrie, le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV)** de l'Association américaine de psychiatrie est l'outil de base utilisé par les pédopsychiatres pour diagnostiquer les problèmes présentés par la clientèle. Bien que les travailleurs sociaux soient familiers avec les catégories du DSM IV, ils utilisent d'autres grilles d'analyse et d'évaluation des problématiques. Ils vont, pour leur part, évaluer les types d'interactions familiales et environnementales pour comprendre et définir la problématique présentée par un enfant ou un adolescent évalué et traité en pédopsychiatrie.

Le travailleur social en pédopsychiatrie **recadre le problème** présenté par l'enfant ou l'adolescent en le resituant à l'intérieur de la dynamique familiale. La demande est souvent très déguisée. Le travailleur social doit dégager la souffrance vécue dans la famille et déterminer à qui elle appartient. L'étude de **Champagne et collaborateurs (1994)** est assez explicite à ce sujet.

Le parent consulte, il va sans dire, dans le but de trouver une explication et une solution au problème de son enfant. Cependant, ce n'est habituellement pas celui qui présente le symptôme (l'enfant) qui consulte, mais celui qui en souffre (le parent). Souvent le parent qui consulte le fait principalement parce que son enfant le dérange de quelque façon et non exclusivement parce que l'enfant est souffrant. On peut donc dire que c'est d'abord pour lui-même que le parent consulte, même si, officiellement, il le fait pour son enfant. Au moment de la demande, le symptôme présenté par l'enfant représente une blessure narcissique chez le parent, le mettant en face de ses difficultés. Il vient alors dans l'espoir que l'on panse cette blessure.¹

Le parent qui consulte en pédopsychiatrie demande toujours de l'aide par rapport à une difficulté chez son enfant. Le problème peut être relié à une maladie de l'enfant (maladie physique, neurologique, problème de développement) ou à des tensions vécues avec des tiers (exemple: conjoint, école).

Cependant, de façon générale, on retrouve au centre du problème présenté une faille dans la relation parent-enfant (relation symbiotique, rejet, etc.) ou enfant-enfant (rivalité fraternelle, etc.). Cette difficulté peut résulter de la maladie de l'enfant ou être à l'origine des symptômes de l'enfant.

Souvent notre perception des problèmes et de leur solution diffère de celle des parents. Ainsi, dans un cas précis, l'évaluation peut nous amener à situer le problème de l'enfant comme étant un symptôme d'une dysfonction dans le lien parent-enfant, alors que le parent peut concevoir tout autrement la problématique. Il vient avant tout pour que l'on guérisse, que l'on change son enfant, voir même pour qu'on le rende conforme à ses attentes.

L'objectif de nos interventions comme travailleuses sociales consiste alors à recadrer le problème de l'enfant et les solutions, en mettant en lumière les répercussions importantes du lien parent-enfant dans le développement du problème ou l'élaboration de sa solution. Le parent doit alors repenser sa demande d'aide et décider de son engagement.²

Dans leurs évaluations psychosociales et leurs interventions, tenir compte de l'individu en «situation-problème» en relation avec son environnement familial et social constitue le dénominateur commun et caractéristique du travailleur social en pédopsychiatrie. Pour cerner la problématique présentée par un enfant ou un adolescent, l'approche systémique comme cadre d'analyse est l'outil privilégié par les travailleurs sociaux.

6.2 Prévalence des problématiques en pédopsychiatrie

«La prévalence se définit comme le nombre de cas dans une population, à un moment donné ou au cours d'une période donnée, rapporté à l'ensemble des sujets évalués».³

Comme on pourra le constater, la prévalence des troubles mentaux chez les enfants traités en pédopsychiatrie varie selon les critères utilisés par chacun des chercheurs.



Goulet et al (1981) ont étudié 45 enquêtes de santé mentale auprès de populations d'enfants réalisées aux États-Unis et en Grande-Bretagne pour constater que, selon les études, le taux de prévalence de la psychopathologie variait de 6,3% à 37%. Il est peu possible de faire une moyenne qui ait du sens à partir de ces pourcentages, car pour l'appréciation de la psychopathologie, tout dépend de la norme qu'utilise chaque chercheur pour décider de ce qui sépare la pathologie de la normalité. Il s'ensuit que la prévalence de la psychopathologie trouvée dans une population dépend davantage de l'option des chercheurs que des véritables taux de prévalence de la psychopathologie dans les populations étudiées.

Nonobstant ces remarques, une revue de 31 études épidémiologiques faites aux États-Unis concluait que la prévalence des mésadaptations à caractère clinique parmi les enfants américains est fort probablement d'au moins 11,8 pour cent (Select Panel, 1981). Si on accepte ce pourcentage comme pouvant s'appliquer au Québec, on pourrait évaluer le nombre approximatif de jeunes québécois dont l'état de santé mentale requérant des soins particuliers à environ 238 000 (le recensement de 1981 a démontré 2 015 810 jeunes de 0-19 ans au Québec).⁴

En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait quelques statistiques qui donnent une **vue d'ensemble des problématiques** rencontrées en pédopsychiatrie au Québec.



Pour les enfants de moins de 15 ans, les études réalisées en milieu scolaire montrent qu'un peu plus de 1% des enfants souffrent de déficience mentale et de mésadaptation socio-affective. Par ailleurs, les problèmes liés à la santé mentale chez les enfants se composent à 60% de troubles névrotiques et de troubles de personnalité et d'adaptation. Chez les adolescents et les jeunes adultes, la prévalence des troubles mentaux est de l'ordre de 1,4%.⁵

Le Plan régional d'organisation de services en santé mentale - Montérégie 1991 (PROS) fait mention d'un document de Houde et collaborateurs (1985) intitulé «La santé mentale des enfants et des adolescents». Malheureusement, ce texte ne fournit pas de statistiques sur la prévalence des problématiques citées. Celles-ci ne sont pas listées de façon exhaustive mais sont regroupées par grandes catégories.⁶

57

Pour étudier la **prévalence de la problématique** des jeunes traités en clinique externe de pédopsychiatrie, cinq recherches sur le sujet nous ont été fort utiles. Deux d'entre elles portent spécifiquement sur la clientèle référée au service social en pédopsychiatrie: la recherche de Martinez (1983) et celle de Champagne et collaborateurs (1994).

La première, celle de **Martinez (1983)** dresse un **profil de la clientèle** et des services sociaux des cliniques externes de pédopsychiatrie sur le territoire de la Montérégie. Elle aborde les problématiques des enfants et adolescents référés aux travailleurs sociaux en clinique externe de pédopsychiatrie.

La deuxième recherche (**Lageix et Gravel, 1993**) et la troisième recherche (**Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, 1993**) ne font pas allusion de façon spécifique au service social en pédopsychiatrie. Elles décrivent la **prévalence des diagnostics** chez les enfants de 6 à 11 ans en pédopsychiatrie (Lageix et Gravel, 1993) tandis que l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993) traite de la **prévalence des troubles mentaux** des jeunes et de l'utilisation des services. Ces deux dernières études concernent donc la clientèle traitée par l'ensemble des professionnels de la pédopsychiatrie, de même que la suivante.

La quatrième recherche (Lebel et Smolla, 1994) consiste en une étude de 58 dossiers d'une clientèle d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie à l'Hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal et provenant de deux secteurs en particulier, ceux de Hochelaga-Maisonneuve (H.-M.) et de St-Léonard (St.-L.).

La cinquième étude (Champagne et collaborateurs, 1994) dessine un profil des parents qui consultent le service social en pédopsychiatrie dans quatre centres hospitaliers de Montréal. Elle est le résultat de quarante-trois questionnaires complétés à partir des données contenues au dossier et des perceptions des travailleuses sociales. Le questionnaire comporte trois volets:

- ◆ un premier de nature socio-économique;
- ◆ un deuxième centré sur les liens affectifs au plan conjugal et familial;
- ◆ et enfin, un dernier relié à la demande en pédopsychiatrie, ses motifs et les attentes des parents.⁷

La recherche de Jacqueline Martinez (1983) nous sert de point de départ, pour notre sujet, en Montérégie. Elle constitue un outil important de référence. Cependant, elle date quelque peu. L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes réalisée en 1993 par l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec⁸ apporte des données récentes sur le sujet. Les résultats de cette recherche pour le Québec s'appliquent sûrement aux jeunes de la Montérégie. Nous y reviendrons ultérieurement. La recherche de Lebel et Smolla (1994) concerne une clientèle spécifique en pédopsychiatrie: les enfants d'âge préscolaire. Enfin, Champagne et collaborateurs (1994) abordent un aspect particulier: les parents de ces jeunes référés au service social en pédopsychiatrie.

6.2.1 La recherche de Martinez (1983)

La recherche de Jacqueline Martinez (1983) effectuée auprès de quatre cliniques externes de pédopsychiatrie en Montérégie (Charles LeMoyne, Valleyfield, St-Jean et St-Hyacinthe) présente des statistiques sur les problématiques rencontrées par les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie.

Elle classifie la problématique d'après les motifs de référence à la clinique externe. Elle évoque **cinq catégories de motifs de référence** :⁹

1. les troubles psychomoteurs, intellectuels et du langage;
2. les troubles à expression somatique;
3. les troubles de comportement;
4. les troubles de socialisation;
5. les troubles intra-psychiques.

Ce sont les troubles du comportement qui sont les motifs de références les plus communs (47% des motifs de référence).

Martinez (1983) illustre ainsi la répartition des principaux diagnostics psychiatriques présentés par les enfants et les adolescents:



les troubles réactionnels à un événement traumatique:	5,8%
les troubles réactionnels au milieu:	43,5%
les troubles du développement:	7,2%
les troubles névrotiques:	4,3%
les troubles caractériels:	8,7%
les troubles psychotiques:	2,9%

59

Parmi son échantillon de 69 cas, 27,5% des enfants et des adolescents n'ont aucun diagnostic psychiatrique spécifié.¹⁰ On observe que le diagnostic prédominant parmi les cas à l'étude est celui des troubles réactionnels au milieu (43,5%).

La fréquence de ce diagnostic constitue un pourcentage élevé des références aux travailleurs sociaux. Le diagnostic le plus rare (2,9%) est celui des troubles psychotiques. Cette dernière statistique paraît étonnante pour une clinique pédopsychiatrique.

Martinez (1983)¹¹ fait aussi ressortir l'importance de la famille dans le problème présenté par l'enfant et l'adolescent. Dans la répartition des facteurs associés au diagnostic psychiatrique principal, la recherche démontre la forte prédominance (45,9%) de problèmes au niveau de la situation familiale. Cette donnée justifie l'implication des travailleurs sociaux dans l'intervention clinique en pédopsychiatrie auprès de ces enfants et adolescents.

Enfin, elle met également en lumière au niveau de la nature de la demande au service social (référence) que les problèmes en regard des parents prédominent (37,9%). Ce sont les problèmes en regard de l'enfant qui sont le moins souvent confiés au service social (3%). On observe qu'un total de 81,9% des demandes impliquent le contexte familial de l'enfant. Ce résultat est corroboré par l'évidence que dans 74,5% des cas ayant passé une évaluation psychiatrique, le pédopsychiatre a identifié l'existence d'un problème relié à la situation familiale de l'enfant.¹²

Finalement, la recherche de Martinez (1983) fait ressortir que ce sont les **troubles du comportement** chez les jeunes qui sont les motifs de références les plus importants aux travailleurs sociaux en pédopsychiatrie.

La notion de «troubles du comportement» varie d'une organisation et d'une société à l'autre. Chez les tout-petits, on parle plutôt de conduites d'opposition. Cette notion :

est large à souhait, suffisamment pour qu'on y retrouve de tout : colères excessives, contestation systématique, désirs de vengeance, manifestations de haine, langage ordurier ou obscène, fugues, vols, bris avec effractions, cruautés physiques, fréquentations indésirables.

On peut constater la très forte redondance dans les concepts et, conséquemment, dans les indices de prévalence lorsqu'il s'agit de départager délinquance, violence, et troubles du comportement. Au 31 mars 1990, les DPJ déclaraient avoir pris en charge 3823 enfants et adolescents pour troubles de comportement sérieux. Ces jeunes comptent pour 23% de toutes les prises en charge.¹³

«Les troubles de comportement les plus graves se traduisent par la consommation abusive de drogues et d'alcool, la prostitution, les tentatives de suicide et les fugues du milieu familial».¹⁴

Des recherches très récentes font ressortir que le diagnostic de **trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité** chez les enfants de 6 à 11 ans est celui qui est le plus fréquent en pédopsychiatrie.

6.2.2 La recherche de Lageix et Gravel (1993)

Une étude récente (1993) menée par **Philippe Lageix et Christiane Gravel** et publiée par la Clinique des enfants hyperactifs de l'Hôpital Rivière-des-Prairies de Montréal faisait ressortir que les taux de prévalence des diagnostics chez des enfants de 6 à 11 ans,

selon le point de vue du parent, (prévalence mesurée à partir d'un échantillonnage tiré de la population en général et d'un échantillonnage provenant des différentes cliniques de ce même hôpital) se répartissent de la façon suivante :

	Population générale (N = 65)		Clinique externe (N = 165)	
	N	%	N	%
Phobie simple	5	7,7	22	13,3
Angoisse de séparation	6	9,2	60	36,4
Hyperanxiété et anxiété généralisée	3	4,7	56	33,9
Dépression majeure	7	10,8	28	17,0
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	12	18,5	97	58,8
Trouble oppositionnel défiant	11	16,9	77	46,7
Trouble de conduites	0	0,0	27	16,4

61

Il ressort donc que le diagnostic des **troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité** soit le diagnostic le plus fréquent.¹⁵

6.2.3 L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993)

L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, prévalence des troubles mentaux et utilisation des services (1993), réalisée conjointement par l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec¹⁶ constitue la référence la plus importante et la plus pertinente pour notre modèle d'intervention. Une enquête similaire avait été réalisée en Ontario en 1983.

L'Enquête québécoise utilise le terme de **troubles mentaux** parce que c'est celui de la classification internationale des maladies (C.I.M. 10) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (D.S.M.-III-R) de l'Association américaine de psychiatrie.

L'échantillon de cette enquête comprend 2400 jeunes soit 1575 enfants de 6 à 11 ans et 825 adolescents de 12 à 14 ans. «La répartition des sujets selon le sexe révèle une proportion de 51,6% de garçons et 48,4% de filles».17

L'évaluation des troubles mentaux a été faite à l'aide du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) de l'Association américaine de psychiatrie. L'étude de la prévalence des troubles mentaux a été limitée aux troubles les plus fréquents. Ceux-ci sont:

- 1) *les troubles dépressifs, soit la dépression majeure et la dysthymie;*
- 2) *les troubles anxieux, soit la phobie simple, l'angoisse de séparation, l'hyperanxiété et l'anxiété généralisée;*
- 3) *les troubles liés aux comportements perturbateurs, soit l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble d'opposition et le trouble des conduites.*

*Les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont dits **intériorisés** parce que les sujets les vivent surtout sous forme de souffrance intérieure.*

*Les troubles liés aux comportements perturbateurs sont dits **extériorisés** car ils se manifestent surtout sous forme de comportements qui dérangent et qui sont facilement observables.*

Chaque trouble mental évalué dans l'enquête est défini dans le texte qui suit.18

DÉFINITION DES TROUBLES MENTAUX

LES TROUBLES INTÉRIORISÉS

PHOBIE SIMPLE

Ce trouble se caractérise par la **peur persistante** d'un objet ou d'une situation (animal, noirceur, hauteur) qui suscite une angoisse que le sujet ne peut contrôler.

ANGOISSE DE SÉPARATION

Ce trouble se caractérise par une **anxiété excessive** lorsque l'enfant ou l'adolescent(e) doit se séparer ou est séparé(e) des personnes auxquelles il(elle) est attaché(e).

HYPERANXIÉTÉ ET ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Ces deux troubles sont souvent difficiles à distinguer l'un de l'autre chez l'enfant et ils ont été placés ensemble pour le calcul des prévalences.

La caractéristique essentielle de l'hyperanxiété est une **anxiété ou un souci excessif au sujet d'événements à venir, de comportements passés ou de performances.**

Il existe parfois des manifestations physiques d'anxiété. Le sujet doit être souvent rassuré. La caractéristique essentielle de l'**anxiété généralisée** est également une **anxiété ou des soucis injustifiés.**

Cependant, lorsque le sujet est anxieux, il existe de nombreux **symptômes physiques**: tension musculaire, palpitations, sensation de «boule dans la gorge», réactions de sursaut, etc.

LES TROUBLES EXTÉRIORISÉS

HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION

Les manifestations de ce trouble consistent en une **inattention** (n'écoute pas, organise mal ses tâches), une **impulsivité** (incapable d'attendre son tour, interrompt les autres), et une **hyperactivité** (s'agite, a de la difficulté à rester assis(e)). Ces manifestations se révèlent anormales pour le niveau de développement du sujet et elles influencent, dans des proportions variables, le comportement social, la performance scolaire et l'estime de soi.

TROUBLE D'OPPOSITION

Ce trouble est caractérisé par un ensemble de **comportements négativistes, hostiles et provocants**, sans qu'il y ait violation bien grave des droits fondamentaux des autres. Ces comportements d'opposition sont beaucoup plus fréquents que chez les autres enfants du même âge.

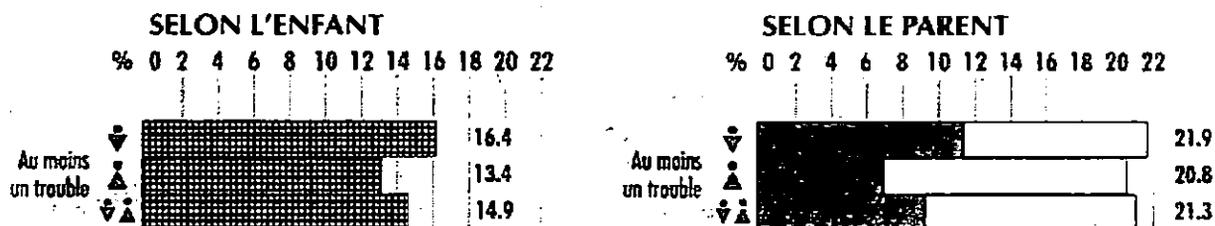
TROUBLES DES CONDUITES

Il s'agit d'un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant (agressions physiques, vols, méfaits divers).¹⁹

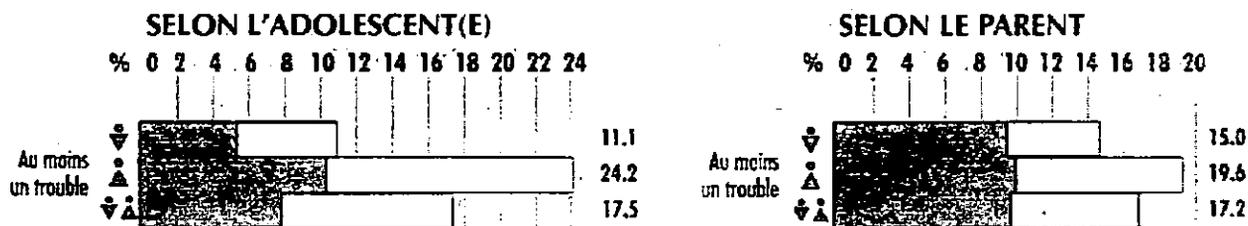
GRAPHIQUE V

ENFANTS ET ADOLESCENT(E)S DE 6 À 14 ANS PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

6 À 11 ANS



12 À 14 ANS



▽ Garçons
△ Filles

▨ Enfants avec le plus de symptômes

▩ Au moins un problème d'adaptation

□ Pas de problème d'adaptation

Les enfants de 6 à 11 ans

Les parents identifient plus de troubles mentaux que leurs enfants, quel que soit le sexe (21.3% vs 14.9%), et estiment qu'un enfant sur deux présente au moins un problème d'adaptation.

Les adolescent(e)s de 12 à 14 ans

Les adolescentes rapportent plus de troubles mentaux que leurs parents (24.2% vs 19.6%) et les adolescents moins que les parents (11.1% vs 15%).

Tout comme pour les parents des enfants de 6 à 11 ans, ceux des adolescent(e)s rapportent dans 50% des cas au moins un problème d'adaptation.

En résumé, les prévalences des troubles mentaux sont les suivantes :

Selon les enfants de 6 à 11 ans : **14.9%**.

Selon les adolescent(e)s de 12 à 14 ans : **17.5% dont 8% avec au moins un problème d'adaptation.**

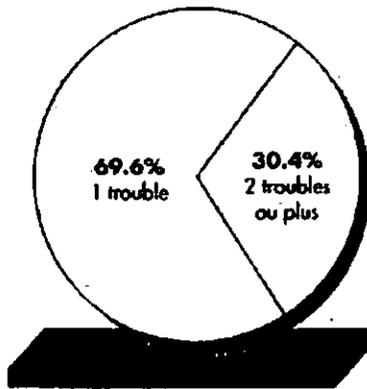
Selon les parents des enfants et adolescent(e)s de 6 à 14 ans : **19.9% dont 9.6% avec au moins un problème d'adaptation.**

GRAPHIQUE VI

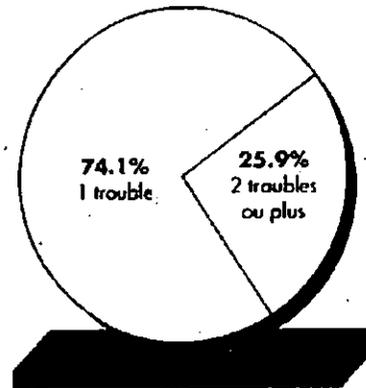
ENFANTS ET ADOLESCENT(E)S DE 6 À 14 ANS COMORBIDITÉ CHEZ LES JEUNES PRÉSENTANT AU MOINS UN TROUBLE

6-11 ANS

SELON L'ENFANT

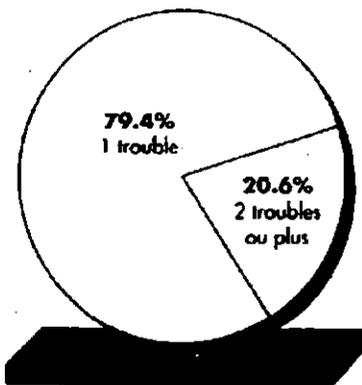


SELON LE PARENT

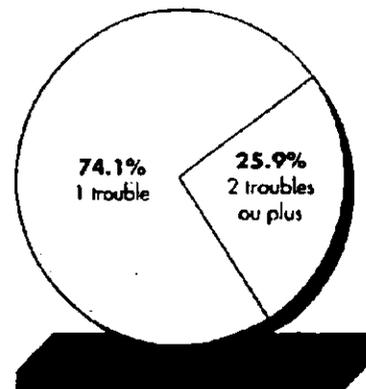


12 - 14 ANS

SELON L'ADOLESCENT(E)



SELON LE PARENT



71

6-11 ans

Parmi les enfants ayant au moins un trouble, selon les deux informateurs, vingt pour cent d'entre eux en présentent deux ou plus.

La comorbidité varie selon le sexe. En effet, chez les filles, quel que soit l'informateur, ce sont des troubles intériorisés qui se révèlent fréquemment réunis. Chez les garçons, quel que soit l'informateur également, les troubles intériorisés et les troubles extériorisés coexistent le plus souvent.

12-14 ans

Parmi les adolescent(e)s avec au moins un trouble, selon les deux informateurs, vingt-cinq pour cent en présentent deux ou plus.

Egalement, tout comme pour les filles de 6 à 11 ans, quel que soit l'informateur, ce sont des troubles intériorisés qui se retrouvent ensemble chez les adolescentes. Quant aux adolescents, la comorbidité varie selon l'informateur.

Étant donné l'actualité et la pertinence des données de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, nous avons décidé de reproduire presque intégralement les conclusions de cette recherche.

Ces faits saillants présentent un premier profil de la santé mentale des jeunes Québécois de 6 à 14 ans.

Au début du secondaire, un(e) adolescent(e) sur quatre se retrouve en difficulté au plan des apprentissages, ce qui se révèle préoccupant surtout si l'on pense au phénomène du décrochage scolaire (...).



La prévalence des troubles mentaux, selon les parents de tous les jeunes, se situe à 19,9% dont 9,6% présentent, en plus du trouble mental, au moins un problème d'adaptation. Les prévalences se révèlent moins élevées lorsque ce sont les jeunes qui rapportent leurs problèmes. La prévalence retrouvée en Ontario en 1983 se situait à 18,1%. Il s'agissait, dans leur enquête, d'une prévalence globale qui combinait les différents informateurs. Il n'y avait pas de mesure de l'adaptation. En fait, une telle mesure constitue une échelle de gravité qui permet de nuancer les prévalences obtenues. Ainsi, lorsqu'on tient compte de cette mesure, comme dans la présente enquête, les prévalences, selon les parents et les adolescent(e)s, diminuent à moins de 10%.

C'est l'hyperactivité qui constitue le problème majeur pour les parents et les professeurs des enfants de 6 à 11 ans. Par ailleurs, ces mêmes enfants rapportent plus de troubles anxieux (à l'exception de la phobie) et de dépression que ne le font leurs parents. Cette constatation tend à confirmer, tel que déjà rapporté par d'autres équipes de recherche, que les enfants sont de meilleurs informateurs que leurs parents pour les troubles intériorisés.

À l'adolescence, la différence entre les filles et les garçons est très nette. Les adolescentes rapportent quatre fois plus de troubles intériorisés que les adolescents. Elles se révèlent six fois plus déprimées que les adolescents et présentent deux fois plus d'idées suicidaires. Les parents identifient cependant deux fois moins de dépression chez leurs adolescentes que les adolescentes elles-mêmes.

Trois à quatre enfants de 6 à 11 ans et deux à trois adolescent(e)s sur 10, avec au moins un trouble, ont reçu des services au cours des 6 derniers mois. Ces proportions de jeunes ayant reçu des services sont supérieures à ce qui a été constaté lors des enquêtes réalisées ailleurs, ce qui indique une assez bonne réponse du milieu québécois aux jeunes dont la santé mentale est compromise.

Les parents se montrent satisfaits des services obtenus pour leurs jeunes. Les enfants de 6 à 11 ans obtiennent plus de services que leurs aînés même à l'extérieur de l'école. La présence de problèmes d'adaptation est étroitement reliée à la demande d'aide. Ainsi, les garçons qui, selon les parents, présentent généralement plus de problèmes d'adaptation, reçoivent plus de services.

Les adolescentes rapportent la prévalence la plus élevée de troubles mentaux, soit 22,3%. C'est deux fois plus que les adolescents et cependant, pour les troubles qu'elles identifient, elles reçoivent deux fois moins de services.²³

6.2.4 La recherche de Lebel et Smolla (1994)

Une quatrième recherche, celle de Lebel et Smolla (1994), décrit la **problématique et la clientèle des enfants d'âge préscolaire** consultant en pédopsychiatrie. Elle aborde un aspect particulier soit les **facteurs d'abandon du traitement pédopsychiatrique** par les familles défavorisées.

Tel que précisé antérieurement, il s'agit d'une étude de 58 dossiers d'une clientèle d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie à l'Hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal et provenant de deux secteurs en particulier, ceux de Hochelaga-Maisonneuve (H.-M.) et de St-Léonard (St.-L.).

Les résultats de cette étude montrent que les raisons majeures de consultation de la part des parents sont:



- ◆ l'opposition (75%);
- ◆ l'agressivité (62%);
- ◆ et les troubles du sommeil (53%) chez leurs enfants.

73

Ceci est particulièrement vrai pour les enfants du secteur H.-M.. Chez les enfants de St.-L., on rapporte davantage de symptômes dépressifs et de tendances au repli sur soi. Quant aux difficultés développementales, celles associées au langage sont prédominantes, et ce, dans les deux secteurs.

Le portrait-type de l'enfant de H.-M. amené en consultation semble donc correspondre à un petit garçon de 4 ans avec des difficultés comportementales (agressivité, opposition) et langagières dans un tiers des cas. À St.-L., la répartition des sexes est plus égale, et les raisons de consultation, plus variées.²⁴

À St-Léonard, les symptômes dépressifs représentent 54% des motifs de consultation tandis que les tendances au repli sur soi sont de 23%.

6.2.5 L'étude de Champagne et collaborateurs (1994)

L'étude de Champagne et collaborateurs (1994) utilise la même typologie que l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993) pour décrire la problématique des enfants consultant en pédopsychiatrie.

Les services de pédopsychiatrie offrent des consultations aux enfants de moins de dix-huit ans qui présentent des problèmes de santé mentale ainsi qu'à leur famille.

*Ces problèmes appartiennent à deux types différents, soit les **conflits internalisés** et les **conflits externalisés**, selon la typologie d'Achenbach (1978).²⁵*

*La première catégorie regroupe des **problèmes de santé mentale** tels que:*

- ♦ *la somatisation*
- ♦ *le retrait social*
- ♦ *les retards de développement*
- ♦ *la dépression*
- ♦ *le mutisme*
- ♦ *les problèmes de sommeil*
- ♦ *la tristesse*
- ♦ *les idées suicidaires.*

74

*La seconde réfère à des **comportements plus facilement observables** et souvent plus dérangeants, comme:*

- ♦ *l'hyperactivité*
- ♦ *l'agressivité*
- ♦ *les fugues*
- ♦ *le mensonge*
- ♦ *le refus de l'autorité*
- ♦ *les problèmes dans les relations parents-enfants ou dans la fratrie*
- ♦ *les problèmes d'ordre scolaire (absence de motivation, refus de fréquentation, décrochage, etc.).²⁶*
- ♦ *l'impulsivité*
- ♦ *l'opposition*
- ♦ *les vols*
- ♦ *les abus de drogues*
- ♦ *les problèmes de discipline*

6.3 Problématiques dites «zones grises»

Après cette description de la problématique en pédopsychiatrie, sans qu'elle soit exhaustive, il est important de mentionner qu'il existe des «zones grises».

Certains enfants et adolescents présentent une **double problématique**. Par exemple, une déficience intellectuelle associée à un trouble affectif ou à un trouble du comportement. Ces zones grises peuvent amener certaines ambiguïtés entre établissements pour déterminer le dispensateur des services. Assez souvent les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie sont appelés à démêler ces situations complexes et servent d'agents de liaison entre les établissements afin d'assurer un service personnalisé à la clientèle.

Les travailleurs sociaux sont parfois confrontés à des problématiques mal définies comme certains **problèmes d'organicité** ou à d'autres mieux définis mais dont la «guérison» n'est pas pensable dans les limites actuelles des connaissances scientifiques. Quelques exemples:

- ◆ les psychoses infantiles;
- ◆ l'autisme infantile;
- ◆ les « états-limites » chez l'enfant (personnalité borderline), etc.

Cette clientèle présente souvent une problématique chronique.

La **durée de l'intervention** des travailleurs sociaux dans ces cas dits «zones grises» varie entre le court terme et le long terme. Dans ce type d'intervention, le **rôle du travailleur social** visera à:

- ◆ aider la famille à accepter l'état souvent chronique du jeune;
- ◆ faire le deuil de la normalité de celui-ci;
- ◆ permettre au jeune et à ses parents une adaptation maximale et réaliste à sa condition.

Une fois cette étape de l'intervention franchie, le jeune et sa famille peuvent au besoin, être référés à des services plus spécifiques, tant scolaires, communautaires qu'institutionnels.

Il arrive à l'occasion que l'intervention du travailleur social se fasse à plus long terme, parfois jusqu'à la majorité du jeune qui sera transféré par la suite en psychiatrie pour adultes.

6.4 Problématiques exclues

Pour fin d'évaluation, il n'existe aucune problématique exclue en pédopsychiatrie.

Cependant, certaines problématiques, pour **fin de traitement**, sont exclues telles:

- ♦ la déficience intellectuelle;
- ♦ la délinquance;
- ♦ la toxicomanie.

Bien que la Politique de la santé et du bien-être (1992) souligne qu'au niveau des problèmes de santé mentale «le problème le plus souvent déclaré chez les enfants est la déficience mentale»,²⁷ la clientèle présentant cette problématique est desservie par d'autres établissements du réseau. Elle est retenue en pédopsychiatrie seulement quand lui sont associés des troubles affectifs ou de comportement.

La pédopsychiatrie peut aider alors, grâce à son évaluation, à **préciser le diagnostic**, mais son rôle ou son mandat n'est pas de traiter ces problématiques. Ces cas sont plutôt référés à d'autres établissements mandatés pour répondre aux besoins de ces clientèles. Cependant, la pédopsychiatrie peut être fort utile pour un support pharmacologique pour les troubles de comportement associés à la déficience intellectuelle.

76

6.5 Recoupement de certaines problématiques

Il n'est pas toujours facile de départager les problématiques qui doivent être traitées en pédopsychiatrie, de celles qui doivent ou peuvent être traitées dans d'autres établissements (CLSC, Centres Jeunesse, services à l'étudiant des milieux scolaires, etc.).

Les troubles du comportement en sont un exemple patent de même que les problèmes de relations parents-enfants. Il existe donc des clientèles communes entre les établissements, ce qui entraîne parfois des recoupements de clientèle, des dédoublements de services et possiblement de la confusion chez la clientèle qui ne sait plus où s'adresser pour obtenir des services et parfois n'en obtient pas du tout.

Certains enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie font également l'objet d'un suivi par les intervenants des Centres Jeunesse. Afin de mieux délimiter les **mandats, rôles et fonctions** respectifs des intervenants des Centres Jeunesse et ceux de la pédopsychiatrie, dont les travailleurs sociaux, un protocole d'entente a été élaboré entre la DPJ du CSS Richelieu et le service social hospitalier en 1987, pour l'ensemble de la Montérégie.

Ce **protocole** est unique au Québec à notre connaissance. Il a été mis à jour en 1993 au moment de la réintégration administrative des travailleurs sociaux dans les centres hospitaliers.

Examinons ce qu'en disent les Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier concernant la complémentarité interétablissements.

«La dispensation des services sociaux en milieu hospitalier exige des rapports constants avec les autres établissements du réseau, répondant au souci de collaboration, de complémentarité et de continuité des services s'adressant aux différentes clientèles.»²⁸

Ce standard de complémentarité interétablissements se traduit par la **norme** suivante.

Des protocoles définissent le partage des responsabilités de chacun, selon la mission et les mandats spécifiques de chaque établissement [ex.: partage des responsabilités entre les services de protection de la jeunesse et les services sociaux en milieu hospitalier dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse]. Les services sociaux hospitaliers doivent être associés à l'élaboration de ces protocoles.*

En conclusion, on constate une évolution dans la prévalence des problématiques présentés en pédopsychiatrie. Alors que dans les années 1980, les troubles de comportement étaient majoritaires, les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité sont prépondérants dans la dernière décennie.

77

* Partage des responsabilités entre les services de protection de la jeunesse et les services sociaux en milieu hospitalier dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Direction des services professionnels. Mis en vigueur le 15 juin 1987 ²⁹ (voir annexe XII)

1. Céline CHAMPAGNE et collaborateurs, Profil des parents qui consultent le service social en pédopsychiatrie, dans Intervention, no 99 (octobre 1994), p. 43.
2. Ibid., p. 44.
3. HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC, Faits saillants, Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services (1993), p. 4.
4. M. S. GOULET, R. WUNSCH-HITZIG et B. SOHRENWEND, Estimating the Prevalence of Childhood Psychopathology dans Journal of American Academy of Child Psychiatry, no 20 (1981), pp. 462-476, cité par GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Comité de la santé mentale du Québec, La santé mentale chez les enfants et les adolescents : Vers une approche plus globale (Québec, MAS, 1985), pp. 7-8.
5. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Pour une réflexion sur la santé mentale : la santé mentale, à nous de décider (1985), p. 23.
6. CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, PROS, p. 47.
7. Céline CHAMPAGNE et collaborateurs, op. cit., pp. 38-48.
8. HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC, op. cit., 25p.
9. Jacqueline MARTINEZ, Un profil de la clientèle et des services sociaux aux cliniques de pédopsychiatrie sur le territoire de la Montérégie (CSS Richelieu, mars 1983), p. 34.
10. Ibid., p. 35.
11. Ibid., p. 36.
12. Ibid., p. 39.
13. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Un Québec fou de ses enfants (Rapport Bouchard) (Québec, 1991), p. 33.

14. **GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, La Politique de la santé et du bien-être (1992), p. 38.
15. Philippe LAGEIX et Christiane GRAVEL, Comorbidité, évaluations, traitements à la Clinique des enfants hyperactifs (Montréal, Clinique des enfants hyperactifs, Hôpital Rivière-des-Prairies, texte inédit, remis lors d'une conférence scientifique à l'Hôpital Charles LeMoine, 11 mars 1993), p. 5. (La traduction française des diagnostics du tableau a été faite par Sylvie Brissette, t.s., et Jean-Paul Nareau, t.s.).
16. **HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC**, op. cit., 25p.
17. Ibid., p. 8.
18. Ibid., p. 5.
19. Ibid., p. 25.
20. Ibid., p. 7.
21. Ibid., p. 10.
22. Ibid., pp. 11-16.
23. Ibid., p. 24.
24. A. LEBEL et N. SMOLLA, Facteurs d'abandon du traitement pédopsychiatrique par les familles défavorisées dans P.R.I.S.M.E., vol. 4, no 1 (hiver 1994), p. 94.
25. M.F. ACHENBACH, The child behavior profile: Boys aged 6-11, dans Journal of consulting and Clinical psychology, 46(3), pp. 478-488, cité dans Céline CHAMPAGNE et collaborateurs, op. cit., p. 39.
26. Céline CHAMPAGNE et Collaborateurs, op. cit., p. 39.
27. **GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, La Politique de la santé et du bien-être (1992), p. 108.
28. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 8.
29. Ibid.

Le programme des services sociaux en milieu hospitalier du CSS Richelieu (1985) précise certaines **caractéristiques ou conditions** concernant la clientèle desservie.

7.1 Conditions d'admissibilité aux services sociaux hospitaliers

- L'individu doit être **bénéficiaire du centre hospitalier** et demeurer effectivement sous traitement médical d'ordre physique ou mental.
- L'individu doit présenter un **problème d'ordre social ou psychosocial** relié à son état de santé physique ou mentale. La combinaison de ces deux conditions est préalable à l'obtention des services.¹

7.1.1 Définition des termes

La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 révisée en 1984 définit le terme «**bénéficiaire**» ainsi :

«Toute personne à qui sont fournis des services de santé ou des services sociaux par un établissement ou une famille d'accueil».²

Or, la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 (LSSSS) n'emploie plus le terme «bénéficiaire» mais plutôt celui «d'**usager**» sans toutefois le définir.

L'esprit de la loi souhaite plus qu'un simple changement sémantique. «La façon de nommer les choses est rarement neutre. «Usager» par exemple, est un terme qui véhicule l'idée d'une personne en action; dans d'autres contextes, cette personne agira comme cliente consommatrice... le terme «bénéficiaire», au contraire, connote l'idée de passivité».³

Cependant, la CPTSQ définit la notion d'**usager**:

*Pour le travailleur social, l'**usager** est toute personne pour laquelle il y a une évaluation psychosociale ou un plan d'intervention, cette personne pouvant être celle qui reçoit directement des soins ou l'un de ses proches.*

Ainsi le travailleur social doit considérer comme clients toutes les personnes bénéficiant de ses services (parents, conjoints, enfants). Il doit tenir un dossier au nom de ces personnes, les en informer et y déposer, entre autres documents, le plan d'intervention qui les concerne.⁴

Traditionnellement, en service social, l'usager s'appelle «**client**». Selon le Code de déontologie en service social de l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS), on entend par «**client**» :

a) La personne, la famille, le groupe de personnes, le corps juridiquement constitué, l'association ou la collectivité à qui le travailleur social fournit ou convient de fournir un service :

(i) à la demande ou avec l'accord de la personne, de la famille, du groupe de personnes, du corps juridiquement constitué, de l'association ou de la collectivité;

(ii) par suite d'une responsabilité prévue par la loi; ou

b) Le juge d'un tribunal compétent qui ordonne au travailleur social de fournir une évaluation au tribunal.⁵

Le Code de déontologie de l'OPTSQ définit le **client** comme:

«une personne, un groupe, une collectivité ou un organisme bénéficiant des services d'un travailleur social».⁶

À la section 8.7, nous soulignerons les distinctions entre ces deux codes de déontologie.

Pour le service social, la notion d'**usager** implique également l'**environnement de l'individu**. Les **standards et normes** du programme des services sociaux en milieu hospitalier sont explicites à ce sujet.

*La notion d'**usager** implique aussi les personnes de leur **environnement immédiat** ayant une relation directe avec la problématique identifiée.*

*Le concept d'**usager** s'applique aussi au milieu hospitalier, au sens où les services sociaux exercent un rôle consultatif auprès des professionnels de la santé et des différentes composantes de la structure organisationnelle du centre hospitalier.*

Il réfère également aux organismes de la communauté en ce qui a trait au support et/ou à la collaboration apportés à ces derniers dans le développement de services reliés aux besoins des usagers.⁷

«Demeurer effectivement sous traitement médical» veut dire que l'individu après avoir fait l'objet d'un diagnostic médical (physique ou mental) est suivi par un omnipraticien ou par un médecin spécialiste du centre hospitalier.

Si l'individu après avoir fait l'objet d'un diagnostic médical, n'a pas besoin des services médicaux du centre hospitalier mais nécessite une aide psychosociale, le travailleur social doit l'orienter vers une ressource adéquate à l'extérieur du service social hospitalier : soit à un autre établissement tel qu'aux Centres Jeunesse (CJ), soit au CLSC ou vers d'autres ressources du milieu.

7.2 Sectorisation

La clientèle en santé mentale en Montérégie est desservie par des **équipes multidisciplinaires** en tenant compte du principe de sectorisation.

La définition de territoires s'est faite selon des critères administratifs. Ainsi, les secteurs psychiatriques ne correspondent pas aux territoires naturels. De plus, le découpage des secteurs psychiatriques ne correspond pas toujours aux autres grilles territoriales utilisées dans le réseau de la santé et des services sociaux. La pédopsychiatrie n'est pas non plus sectorisée selon le même schéma que la psychiatrie pour adultes.⁸

Le principe de sectorisation avec équipes multidisciplinaires favorise la **complémentarité interdisciplinaire** dans une perspective communautaire, la **collaboration** avec les autres intervenants du milieu, l'**éducation et la prévention** des clientèles à risque.



Toutefois, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120), ce principe de sectorisation n'est pas absolu étant donné que «toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne» (article 6).

Cependant, ce droit de l'usager est un peu limité par l'article 13 de la Loi 120 (LSSSS) :



«Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.»

7.3 Caractéristiques de la clientèle

84

La clientèle en pédopsychiatrie est constituée d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans inclusivement. D'après le Comité de la santé mentale (1985), les **principales problématiques rencontrées** sont les suivantes :

1. variations de la normale;
2. troubles réactionnels;
3. déviations du développement;
4. troubles névrotiques;
5. troubles de la personnalité et du caractère;
6. troubles psychotiques;
7. troubles psychophysiologiques;
8. syndrome organique cérébral;
9. arriération mentale.⁹

Une distinction doit toutefois être faite entre la notion de «**client**» et celle de «**cible d'intervention**». En clinique externe de pédopsychiatrie, le client ou le bénéficiaire ou l'usager est au départ l'enfant ou l'adolescent pour qui une intervention significative est posée (**évaluation psychosociale**) et qui justifie l'ouverture d'un dossier (**volet social**). Pour les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, la notion de client réfère à toute personne qui fait une demande, par exemple : enfant, adolescent, parents, fratrie, école, intervenants, etc.

Toutefois, en tant qu'unité de mesures définie par les normes et pratiques de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'usager est l'enfant, l'adulte et la personne âgée ayant fait l'objet d'une intervention durant la période administrative. On doit ouvrir un dossier à toute personne pour qui une demande de service a été jugée recevable et qui est sujet direct d'une intervention psychosociale.¹⁰

Par exemple, on ouvre un dossier seulement à l'enfant même si tous les membres de la famille participent à une thérapie familiale. Par contre, on ouvre un dossier au parent ou à chacun des conjoints d'un couple lorsqu'on suit un parent en thérapie individuelle ou lorsque ce couple fait l'objet d'une thérapie conjugale ou de counseling parental. Il existe une exception: au Centre hospitalier Anna-Laberge, on ouvre un dossier pour chaque membre de la famille dans le cas d'une thérapie familiale.

La plupart du temps, les mandants sont les parents et, selon le cas, l'école. Ces derniers formulent une demande de service pour l'enfant ou l'adolescent. L'adolescent âgé de 14 ans et plus peut adresser lui-même sa demande.¹¹

«La **cible d'intervention**» se définit comme étant tout système (personne, couple/parents, famille, école, réseau social) que le travailleur social s'efforce d'influencer afin de promouvoir le changement désiré. La cible d'intervention n'est donc pas forcément le client ou la personne qui fait la demande.

A titre d'exemple, le client peut être l'école et la cible d'intervention peut être les parents ou la famille, en autant qu'ils ou qu'elle acceptent notre intervention. Supposons que la cible d'intervention soit l'école, **une consultation est offerte** alors que s'il s'agit des parents, il est **question de suivi thérapeutique**. Dans ce dernier cas, si le ou les parents font la demande

et s'il y a indication de traitement psychosocial, ils deviennent également **cible d'intervention** dans le cadre de la thérapie parentale ou familiale, à partir d'un contrat thérapeutique.

Rappelons que les clients (usagers) viennent consulter sur une base volontaire et qu'ils doivent être motivés à changer. Cependant, la pratique quotidienne nous amène à constater des nuances dans la motivation des clients. Pour les fins du présent document, on distingue **trois types de clients**.

Premièrement, celui que l'on désigne comme le **visiteur** qui se présente à la rencontre sous l'insistance de tiers, sans pour autant reconnaître un problème et un besoin d'aide. Ce sont les tiers qui souffrent du comportement du visiteur.

Deuxièmement, le **plaignant**, c'est-à-dire celui qui souffre d'un problème et s'en plaint sans cesse mais qui croit qu'il ne peut changer ou qu'il n'y a rien à faire pour son problème et qui, par conséquent, ne se mobilise pas pour changer.

Troisièmement, le **client véritable**, c'est-à-dire, celui qui reconnaît souffrir d'un problème et qui s'engage dans un processus de changement.

86

L'approche thérapeutique de l'ensemble des professionnels en pédopsychiatrie incluant les travailleurs sociaux, doit tenir compte de la motivation et du volontariat. Ainsi, tant au niveau de l'évaluation que de la révision, le type de motivation sera un élément déterminant pour le traitement et la durée de celui-ci.

7.4 Profil démographique

Dans la section qui suit, il sera question succinctement du profil démographique des enfants et des adolescents suivis en pédopsychiatrie en Montérégie.

Alors qu'en 1961, au Québec, les jeunes de moins de 15 ans représentaient 35,4% de la population, ils comptent pour 20,2% en 1991.¹²

Pour la planification des services en santé mentale, la Montérégie se subdivise en **neuf sous régions**:

Châteauguay	Cowansville	Granby
Île Perrôt	Longueuil	St-Hyacinthe
St-Jean	Sorel	Valleyfield

Selon une analyse de la consommation des services, réalisée en 1986, les services de pédopsychiatrie ont accueilli 0,8% des enfants de la Montérégie.

Le taux de prévalence (selon GMENAC) établit quant à lui à 2,98% le nombre d'enfants présentant des troubles de santé mentale suffisamment sévères pour exiger une intervention spécialisée; ce qui signifierait que près de 8 772 enfants éprouveraient des troubles sévères de santé mentale en Montérégie.



Il existe un écart considérable entre la clientèle nécessitant des services spécialisés de santé mentale en Montérégie selon l'indicateur GMENAC et le nombre d'enfants effectivement traités en Montérégie.¹⁴

Selon les données fournies par la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie, en 1996, les jeunes de 0 à 17 ans représentent 24% (321 067) de la population totale en Montérégie¹³ estimée à 1 332 443 personnes selon le recensement Canada 1986.

87

Selon les statistiques du CSS Richelieu, en 1989, 623 bénéficiaires et 716 membres de la famille ont reçu des services en santé mentale jeunesse.¹⁵

En Montérégie, les données de l'Enquête Santé-Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988) indiquent une prévalence de troubles mentaux de 1,62% pour les garçons et 0,69% pour les filles de 0 à 17 ans.



De plus, les données en provenance de la RAMQ nous informent que 0,4% des enfants de 0 à 4 ans, 1% des enfants de 5 à 9 ans, 1,4% des jeunes de 10 à 14 ans et 3,2% des adolescents et adolescentes de 15 à 19 ans ont reçu des traitements psychiatriques au Québec au cours de l'année 1988.

Le traitement du fichier MED-ECHO sur les admissions psychiatriques de courte durée, en Montérégie, indique un taux d'admission moyen pour les jeunes de 0 à 17 ans de 0,06% alors que le taux de la province s'élève à 0,08% ce qui représenterait 177 jeunes pour l'ensemble de la Montérégie. Le taux d'admission augmente généralement avec l'âge: 0,02% chez les 0 à 10 ans, 0,05% chez les 10 à 12 ans et 0,15% chez les 13 à 17 ans.¹⁶

Notre expérience clinique corrobore les données ci-haut présentées. En effet, elle nous permet d'avancer une **prépondérance de consultations pour les garçons** qui consultent par rapport aux filles. On remarque un plus grand nombre de consultations chez les garçons vers l'âge de 5-6 ans et vers l'âge de 11 ans et chez les filles, à l'adolescence.

Dans leur étude sur les enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie, Lebel et Smolla (1994) confirment la prépondérance de garçons. Il s'agit en majorité de garçons (81%) pour le secteur Hochelaga-Maisonneuve (H.-M.) et (65%) pour le secteur St-Léonard (St.-L.) de leur échantillon de 58 dossiers, dont l'âge moyen est de 4 ans à H.-M. et de 5 ans à St.-L.¹⁷

L'étude de Champagne et collaborateurs (1994) confirme également ces données:

Ces parents consultent surtout pour des garçons, particulièrement dans le groupe d'âge de zéro à douze ans. Les demandes d'aide pour les filles viennent généralement plus tard, soit vers le début de l'adolescence.



Les problèmes externalisés dominent; ils sont plus fréquents chez les garçons de moins de douze ans et chez les adolescents des deux sexes.¹⁸

Cette prépondérance des garçons par rapport aux filles se vérifie également à l'étranger.

«La répartition des troubles psychiatriques selon le sexe montre une sur-représentation masculine¹⁹ jusqu'à l'adolescence. Les garçons représentent près des deux tiers des consultants externes en France ou à l'étranger. Après l'adolescence, elle s'atténue et même elle s'inverse selon les maladies psychiques.»²⁰

SS

«Aux États-Unis, les admissions totales en consultation externe d'enfants de moins de 14 ans font apparaître une proportion de 2,5 garçons pour une fille. Entre 14 et 17 ans, les admissions sont sensiblement égales.»²¹

Après avoir examiné les statistiques sur la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, complétons le profil démographique de la clientèle par un regard sur les statistiques touchant le **milieu familial** de ceux-ci.

Selon la recherche de Martinez (1983), la majorité des familles, soit 64,7% ont deux parents alors que 35,3% des familles étudiées étaient monoparentales. Les familles de deux parents et d'un seul parent se trouvent plus fréquemment dans les municipalités urbaines (65,4% et 26,9% respectivement) alors que celles «d'un parent plus ami» (union de fait) sont plutôt localisées dans les régions rurales. Le nombre moyen d'enfants dans les familles étudiées est de 2,74 enfants. 40,6% des familles ont deux enfants et 30,4% en ont trois.²²

Dans le rapport du groupe de travail pour les jeunes, Un Québec fou de ses enfants (Rapport Camil Bouchard, 1991), on obtient des statistiques plus récentes sur le nombre de jeunes au Québec et leurs familles et celles-ci permettent une comparaison avec la Montérégie.



Le Québec de 1991 compte plus de 1 600 000 jeunes répartis à peu près également en petits enfants, enfants et adolescents. Les parents de ces enfants et jeunes sont mariés dans 73,5% des cas; 5,7% des parents vivent en union de fait et 20,8% des familles sont formées d'un seul parent.²³

Les données les plus récentes (1993) provenant de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes ne confirment pas les données de Martinez (1983) sur la **structure de la famille québécoise**.

La structure de la famille québécoise demeure traditionnelle avec près de quatre jeunes sur cinq qui vivent avec les deux parents biologiques. Lorsque le jeune demeure avec un seul parent biologique, c'est avec la mère sept fois sur dix. La garde partagée (temps également réparti) se révèle peu utilisée. Dans la majorité des familles, les deux parents travaillent, quatre mères sur dix à temps plein et deux à temps partiel.²⁴

Il va sans dire que la recherche de Martinez (1983) ne porte que sur 69 dossiers et correspond à une population qui consulte en pédopsychiatrie alors que l'Enquête québécoise (1993) a un échantillon de 2 400 jeunes.

Dans Un Québec fou de ses enfants (Rapport Camil Bouchard, 1991), on relève des faits significatifs sur les **familles monoparentales** :

89



On constate une association étroite entre le nombre d'enfants et le type de famille; les couples en union de fait et les familles monoparentales ont beaucoup plus souvent un seul enfant.

Le phénomène des familles monoparentales formées à la suite d'une séparation ou d'un divorce est venu modifier très profondément la carte démographique du Québec ces dernières années. En 1969, on comptait 2 947 divorces; en 1988, 19 825. Le taux de divorce est passé de 36,5% en 1975 à 46,6% actuellement (1991).

Il y avait, en 1986, 252 810 familles monoparentales au Québec; 83,0% de ces familles étaient dirigées par un parent de sexe féminin. La durée moyenne de la monoparentalité des femmes s'établit ainsi : moins de 2 ans (24,0%), de 2 à 4 ans (30,0%) et 5 ans et plus (46,0%).²⁵

Bien que les données concernant la **scolarité des parents**, dans la recherche de Martinez, datent de 1983 et soient incomplètes et qu'en conséquence, on doive interpréter ces résultats avec prudence, il ressort que :

Le niveau de scolarité le plus commun parmi les hommes (40,9%) et les femmes (37,1%) est celui de primaire complet à secondaire incomplet. Ensuite, 22,7% des hommes et 37,1% des femmes ont une scolarité

*secondaire complète et collégiale incomplète. 18,2% des hommes et 17,1% des femmes ont complété un degré universitaire. On voit donc que le niveau de scolarité est à peu près égal entre hommes et femmes dans l'échantillon.*²⁶

Il est intéressant de noter que malgré l'égalité des niveaux de scolarité entre les hommes et les femmes dans l'échantillon, trois fois plus d'hommes que de femmes travaillent (92,5% et 31,4% respectivement) à temps plein ou partiel.

Un examen des familles de deux parents indique que dans 8,6% des cas, les parents sont tous les deux sans emploi (n=3). 25,7% en ont deux qui travaillent (n=9) et 65,7% des familles étudiées ont un parent qui travaille (n=23) (...).

*Apparemment, la probabilité d'être employé à temps plein et à temps partiel est la plus haute parmi les femmes vivant avec un ami (28,6% et 42,9% respectivement). Par contre, ce sont les femmes seules qui sont les plus fréquemment sans emploi (80%).*²⁷

Parmi les hommes qui travaillent, la catégorie occupationnelle la plus commune est celle d'employé (34,3%). «11,4% des hommes occupent des positions de cadre et 8,6% travaillent comme professionnels. Un seul homme (2,9%) est cultivateur. Parmi les dix-sept femmes qui travaillent, 52,9% sont des employées, 35,3% sont des professionnelles et 11,8% sont des ouvrières.»²⁸

90

«Le salaire représente la source de revenu de 80% des cas dans l'échantillon. 16,7% des cas reçoivent des prestations d'aide sociale, 1,7% de l'assurance-chômage; dans 1,7% des cas, la source de revenu n'est pas identifiée.»²⁹

Évidemment ces statistiques ne correspondent plus à la réalité de l'emploi des deux parents des dernières années. Les femmes et les mères sont plus nombreuses sur le marché du travail au Québec. Les statistiques sont souvent en retard par rapport à l'actualité.

Le «taux d'activité» des femmes a augmenté régulièrement entre 1975 et 1989, passant de 40,1% à 53,4%. La croissance la plus marquée revient au groupe des 25-44 ans. Près de 67,0% des mères d'enfants de moins de 16 ans sont maintenant sur le marché du travail.



Ce sont les femmes avec des enfants de 2 ans ou moins qui ont le plus accru leur participation au marché du travail.³⁰ En 1990, 61,4% des mères d'enfants d'âge préscolaire étaient sur le marché du travail comparativement à 30,0% en 1976.³¹

En ce qui concerne le **revenu des familles**, ce sont les familles monoparentales qui sont les plus pauvres. Examinons quelques statistiques de 1990 pour le Québec.



Alors que les familles biparentales peuvent compter sur un revenu moyen de 41 832 \$, celui des familles monoparentales est deux fois moins élevé, soit 20 637 \$.³² Les femmes déclarent un revenu de 17 856 \$ tandis que celui des hommes s'élève à 30 187 \$.

Les mères de famille monoparentale de moins de 35 ans ont un revenu moyen qui les situe dans la très grande pauvreté : 10 139 \$. Il y a deux fois plus de familles monoparentales que de familles biparentales inscrites à l'aide sociale. Quatre familles monoparentales sur dix, inscrites à l'aide de dernier recours, ont des enfants d'âge préscolaire.

En 1990, selon les mêmes sources (Gravel et Rousseau), seulement 16,0% des familles monoparentales touchent une pension alimentaire. Le montant de cette pension s'élève à moins de 150 \$ par mois dans près de la moitié des cas. Plus des deux tiers (68,7%) des femmes responsables d'une famille sont locataires, tandis que 80,0% des familles biparentales sont propriétaires de leur logement. Des milliers de dossiers de familles monoparentales sont en attente d'une «habitation sociale».³³

On ne saurait clore sur le profil démographique de la clientèle sans parler de l'importance de plus en plus grande des **communautés culturelles** dans la clientèle à desservir.

91



En 1951, on dénombrait 228 923 immigrants, soit 5,6% de la population du Québec. Cette proportion est passée de 7,4% en 1961 à 8,1% en 1981 et à 8,2% en 1986.³⁴ La présence des familles et descendants immigrés est plus visible.

On a pu observer, au cours des vingt dernières années, une diminution du nombre d'immigrants de langue maternelle anglaise et une augmentation du nombre des personnes d'origine asiatique ou sud-américaine :

«Au début des années 70, environ 30% des immigrants admis ne connaissaient ni le français, ni l'anglais; de 1986 à 1989, c'est près de 45% (...).³⁵ En 1986, la communauté noire du Québec regroupait 74 810 membres.³⁶ La plupart des familles immigrantes s'installent dans la région de Montréal. Près de 90% des familles nouvellement arrivées y ont élu domicile.»³⁷

En Montérégie, on retrouve une proportion importante d'immigrants. Par exemple, d'après le recensement 1991 de Statistiques Canada, la ville de Brossard est composée de 41% d'immigrants, dont la majorité est d'origine asiatique.

En terminant sur le portrait de la clientèle, examinons quelques statistiques sur les **enfants placés en famille d'accueil** et suivis en pédopsychiatrie. Nous faisons appel de nouveau à la recherche de Martinez (1983) pour la Montérégie.

Parmi les cas étudiés, «la majeure partie des enfants, des adolescents (81,5%) habitent en famille naturelle. De plus, la plupart de ceux-ci qui n'y habitent pas, vivent en famille d'accueil (10,8%). 76,1% des enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie n'ont jamais été placés; 6,2% ont eu un placement antérieur; 9,2% en ont eu deux ou trois et 7,7% en ont eu plus de trois.»³⁸ Nous reviendrons sur la question du placement en pédopsychiatrie au chapitre 9.

Les données statistiques provenant de la recherche de Martinez (1983) fournissent un aperçu du portrait démographique de la clientèle desservie par les cliniques externes de pédopsychiatrie en Montérégie. Cependant, l'ajout de trois cliniques externes de pédopsychiatrie (Châteauguay, Granby et Sorel) après 1983, ainsi que plusieurs autres facteurs venant modifier ces données, militent en faveur de la nécessité d'une mise à jour des statistiques afin de tracer un portrait plus fidèle de la clientèle de pédopsychiatrie en Montérégie.

RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 7

1. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 8.
2. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971), chapitre 48, art. 1.
3. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, Réforme Action, Vol. 1, no 1 (février-mars 1993), p. 4.
4. **CPTSQ**, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (mars 1994), p. 5.
5. **ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX**, Code de déontologie en service social (Ottawa, 1^{er} janvier 1994), p. 4.
6. **CPTSQ**, Code de déontologie des travailleurs sociaux, c-26, r. 180, mis à jour au 20 octobre 1992, article 1.01c, cité dans CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (mars 1994), p. 7.
7. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, pp. 3-4.
8. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC, COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**, Programme de consultation d'experts. Dossier «santé mentale», octobre 1986, pp. 45-46.
9. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Comité de la santé mentale, La santé mentale des enfants et des adolescents, p. 77.
10. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des services sociaux, Manuel de gestion financière : normes et pratiques de gestion, tome 1, vol. 01, chapitre 04 (93.04.01), p. 134.8.
11. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971), article 7b, et Loi de la protection de la santé publique, LRQ, chapitre p. 35, article 42.

12. Ces données proviennent du Bureau de la statistique du Québec et du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec et rapportées dans **GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Un Québec fou de ses enfants, p. 24.
13. **CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**, Plan régional d'organisation de services en santé mentale en Montérégie, pp. 21-22.
14. Ibid., p. 48.
15. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Info-dossier : Les services sociaux hospitaliers : des services au coeur du réseau, p. 6.
16. **CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**, op. cit., p. 49.
17. A. **LEBEL** et N. **SMOLLA**, Facteurs d'abandon du traitement pédopsychiatrique par les familles défavorisées dans P.R.I.S.M.E., vol. 4, no 1 (hiver 1994), p. 92.
18. Céline **CHAMPAGNE** et collaborateurs, Profil des parents qui consultent le service social en pédopsychiatrie, dans Intervention, no 99 (octobre 1994), p. 40.
19. Philippe **CHEVALIER**, Population infantile consultant pour des troubles psychologiques dans Population, no 3 (mai-juin 1988), pp. 611-638, cité par Elizabeth Badinter, XY de l'identité masculine (Paris, Éditions Odile Jacob, 1992), p. 59.
20. Elizabeth **BADINTER**, op. cit., p. 59.
21. Leon **ERSENBERRY**, La répartition différentielle des troubles psychiques selon le sexe dans Le fait féminin (Fayard, Éditions Evelyne Sullerot, 1978), pp.313-329, cité par Elizabeth Badinter, op. cit., p. 59.
22. Jacqueline **MARTINEZ**, Un profil de la clientèle et des services sociaux aux cliniques de pédopsychiatrie sur le territoire de la Montérégie, p. 28.
23. L. **DUCHESNE**, Dénatalité : des solutions. Recensement du Canada, catalogue 93-106, cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, op. cit., p. 24.
24. **HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES**, Santé Québec, Faits saillants. Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (1993), p. 24.

25. C. BELLEROSE, E. CADIEUX, E. JOHNSON, Les familles monoparentales, Enquête Santé Québec (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, pp. 24-25.
26. Jacqueline MARTINEZ, op. cit., p. 29.
27. Ibid., pp. 31-32.
28. Ibid., p. 32.
29. Ibid., p. 33.
30. S. LANGLOIS, La société québécoise en tendances 1960-1990 (Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 26.
31. **SECRETARIAT À LA FAMILLE**, Les orientations du deuxième plan d'action de la politique familiale (Québec, 1991), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 26.
32. N. GRAVEL, C. ROUSSEAU, Les risques de la monoparentalité, Document de travail interne (Québec, ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, 1991), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 25.
33. Ibid.
34. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, Profil de la population immigrée recensée au Québec en 1986, (Québec, 1990), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 27.
35. Ibid.
36. J. BOILEAU, 75 000 Québécois de race noire dans Le Devoir (16 juillet 1991), cité dans Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 27.
37. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du groupe de travail, Un Québec fou de ses enfants, p. 27.
38. Jacqueline MARTINEZ, op. cit., p. 41.

95

On ne peut définir la spécificité du service social en pédopsychiatrie sans faire référence au cadre général de la pratique du service social et à la spécificité du service social en milieu hospitalier.

8.1 Définition du titre de travailleur social

Le Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier publié en mars 1994 par la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (CPTSQ) nous fournit les balises encadrant la pratique professionnelle de tout travailleur social qui exerce en milieu hospitalier.

«Le travailleur social est un professionnel de formation universitaire qui détient un diplôme de Baccalauréat en Service social ou de Maîtrise en Service social et qui est membre en règle de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.»¹

97

8.2 L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ)

Depuis le 15 octobre 1994, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) est la nouvelle appellation officielle remplaçant celle de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (CPTSQ).

La CPTSQ (ci-après nommée la corporation) est une corporation à titre réservé régie par le Code des professions, et dont le mandat est de voir à la protection du public. Les membres de la Corporation doivent se conformer à certaines obligations dont le respect du Code de déontologie et d'autres règlements, comme celui sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation. La pratique est également encadrée par les Normes de pratique professionnelle. La Corporation est responsable de la discipline et de l'inspection professionnelle de ses membres.²

8.3 L'acte professionnel et l'activité professionnelle

En 1983, la CPTSQ et l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ) définissaient l'**objet du service social**

«comme étant la socialité, c'est-à-dire l'équilibre dynamique dans les rapports entre les personnes et leur environnement immédiat ou médiat³, dans une perspective de développement humain et social». ⁴

En 1986, la CPTSQ définit ainsi l'**activité professionnelle** du travailleur social :

*L'activité professionnelle du travailleur social comprend : l'évaluation d'une carence de socialité chez l'être humain et l'intervention sur cette carence de socialité. L'acte professionnel est dirigé par un ensemble de valeurs, de connaissances, de normes d'éthique et par une méthodologie et des techniques appropriées.*⁵

Cette **activité professionnelle** inclut notamment :

1. la prise sur soi de la **responsabilité du jugement professionnel** et de l'intervention psychosociale;
2. la **mobilisation** des capacités des personnes, des couples, des familles, des groupes et des collectivités par la relation d'aide;
3. l'**analyse** de la situation et l'**élaboration** d'un plan d'action;
4. l'**intervention psychosociale** et la **vérification** des résultats;
5. l'**utilisation et le développement** des ressources communautaires et des programmes de service social;
6. l'intervention auprès des instances politiques et socio-économiques en faveur de la **justice sociale**.⁶

La CPTSQ redéfinissait ainsi l'**acte professionnel** en 1989 lequel fut réentériné en 1992:

L'acte professionnel du travailleur social a pour objet le fonctionnement social, c'est-à-dire les interactions des individus, des familles, des groupes et des collectivités avec leur environnement, dans un but mutuel de développement humain et social.

La caractéristique principale de l'acte professionnel du travailleur social est la mutualité entre les composantes environnementales et les divers niveaux du fonctionnement social des individus.

Par son acte professionnel, le travailleur social est responsable de l'ensemble du processus d'intervention psychosociale: l'évaluation des situations, l'actualisation et la terminaison du plan d'intervention. Il peut ainsi assurer la continuité des services aux clients.⁷

Voici comment Pierre Pinard⁸ de la CPTSQ définit ces concepts :

Acte :

L'ensemble des activités qui sont effectuées par les travailleurs sociaux dans le cadre d'interventions directes et indirectes de développement, de prévention et de restauration.

99

Professionnel :

Caractéristique d'un individu dont les connaissances, la compétence et les valeurs font l'objet d'une légitimation juridique, et dont la pratique, la conduite et le maintien de la compétence sont régis par un cadre juridique sous la responsabilité d'une corporation professionnelle.

Fonctionnement social :

Le processus par lequel les individus, les familles, les groupes et les collectivités cherchent à satisfaire leurs besoins par des interactions avec leur environnement. Ces besoins peuvent être d'ordre psychologique, psychosocial et social.

Interaction :

Notion d'action ou d'échange réciproque. Ce terme suggère qu'un système n'est jamais véritablement en équilibre statique, mais va d'un état d'équilibre relatif vers un autre au gré des actions réciproques qui s'y produisent.

Mutuel :

Ce terme indique à quel point tous les niveaux du fonctionnement social sont imbriqués. Le contexte social joue un rôle important dans le développement de l'individu, de la famille, du groupe et de la collectivité. L'inverse est également vrai, c'est-à-dire que ces derniers jouent aussi un rôle dans le développement du milieu social.

Développement :

Processus de croissance et d'évolution, c'est-à-dire de réalisation de ses potentialités et de ses aspirations.

Pierre Pinard résume fort bien l'intervention du travailleur social, lorsqu'il pose la question : «**Qui est le travailleur social?**».

Un professionnel qui fait une lecture de l'humain en termes d'interactions (rapports sociaux) et qui intervient sur les interactions (rapports sociaux) des individus, groupes et communautés.

L'intervention qu'il pratique est engagée; elle vise à réduire les inégalités et les inéquités sociales de même qu'à redonner aux personnes qu'il aide le contrôle de leur vie.⁹

Il insiste sur **l'interaction entre l'individu et son environnement** en citant Jacques Laforest. Son intervention est dirigée sur l'usager «pour l'aider à modifier lui-même ses interactions avec son environnement», sur celui-ci «pour qu'il réponde mieux aux besoins des personnes, des familles et des groupes», sur les échanges entre les gens et leur environnement «dans un but mutuel d'accomplissement».¹⁰

Pour décrire l'activité professionnelle, on parle souvent d'**intervention psychosociale**. Les standards et normes du programme de service social hospitalier la définissent ainsi:

L'intervention psychosociale vise la résolution de problèmes reliés à l'adaptation ou à la réadaptation de l'usager dans son fonctionnement en lien avec la maladie et/ou l'hospitalisation. On réfère ici particulièrement à des éléments émotionnels, relationnels et sociaux. L'intervention psychosociale s'inscrit dans le cadre d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé (PSI).

Ces plans sont définis en fonction des changements attendus et selon les approches et modèles d'intervention privilégiés par la problématique et/ou le secteur d'activités où ils s'appliquent (référence aux divers plans d'action du programme).¹¹

8.4 Les normes de pratique professionnelle

En mai 1986, la CPTSQ¹² adoptait un document qui spécifiait les normes professionnelles qui encadrent la pratique des travailleurs sociaux quel que soit le milieu où ils exercent leur profession.

En février 1991, la CPTSQ les révisait. Les **normes de pratique** portent sur les dix aspects suivants :¹³

1. intégration des valeurs et des principes de la profession;
2. connaissance de l'acte professionnel;
3. connaissance et adhésion au Code de déontologie;
4. acquisition d'un niveau professionnel essentiel, autonome ou avancé;
5. développement d'aptitudes à établir des relations constructives et appropriées avec les clients;
6. développement d'aptitudes dans le processus d'intervention;
7. tenue des dossiers;
8. responsabilités professionnelles;
9. développement professionnel;

101

En mars 1994, la CPTSQ les reformulait sensiblement avec le même libellé mais ajoutait la **dixième norme** suivante :

10. «transmission des besoins des clients aux gestionnaires des institutions publiques».¹⁴

8.5 La tenue des dossiers et des cabinets de consultation

Le travailleur social exerçant dans un centre hospitalier doit se conformer au Règlement de la CPTSQ sur la **tenue des dossiers et des cabinets de consultation**.¹⁵

8.5.1 Tenue des dossiers

Parmi les normes de pratique professionnelle énumérées précédemment, une attention particulière sera accordée à la **tenue des dossiers** en centre hospitalier.



La Loi sur les services de santé et les services sociaux crée l'obligation pour les établissements hospitaliers de tenir un dossier unique pour l'usager. Le travailleur social doit pouvoir y consigner toutes les informations requises à l'article 3 du Règlement et reflétant les interventions psychosociales, notamment:

- *les coordonnées du client;*
- *une description des motifs de la consultation, un résumé de l'évaluation et des moyens d'intervention proposés (plan d'intervention);*
- *une description des services professionnels rendus et leur date;*
- *les annotations, la correspondance et les autres documents relatifs aux services professionnels rendus;*
- *une synthèse des résultats obtenus et des recommandations faites aux clients.*

Ces informations doivent être facilement repérables dans le dossier (rapports consignés sur des feuilles de couleur distinctive ou déposés dans une section spécifique), de façon à en faciliter l'accès à l'usager.

Le travailleur social rédige ses rapports en synthèse, en notant les informations pertinentes dans un langage clair et concis. Lorsqu'il réfère à un diagnostic médical ou à tout autre diagnostic, le travailleur social cite les sources des renseignements obtenus. Le travailleur social signe et date tous les rapports dont il est responsable.¹⁶

Tel que mentionné au chapitre 7 sur la clientèle, le travailleur social doit tenir un dossier au nom de la personne considérée comme client (parents, conjoints, enfants), les en informer et y déposer, entre autres documents, le plan d'intervention psychosocial qui les concerne.

8.5.2 Accès au dossier par le client



Lorsqu'il y a une demande formelle d'accès au dossier, la décision de permettre ou non l'accès au dossier doit être prise par la personne nommée par l'établissement à titre de responsable de la Loi sur l'accès.¹⁷

Conformément à l'article 17 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, «tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier».

De plus, conformément à l'article 25 de cette même loi, «l'établissement qui fournit à l'usager un renseignement de nature médicale ou sociale le concernant et contenu dans son dossier doit, à la demande de cet usager, lui procurer l'assistance d'un professionnel qualifié pour l'aider à comprendre ce renseignement».

C'est ainsi que dans le cas où le client désire prendre connaissance des rapports produits par un travailleur social, seul ce dernier est habilité à fournir les explications pertinentes ou, en son absence, un collègue de même formation.

8.5.3 Secret professionnel et dossier unique



Lorsqu'une personne requiert les services d'un centre hospitalier, elle sait qu'elle devra révéler des renseignements sur sa vie privée et que certains de ces renseignements seront consignés dans un dossier auquel ont accès divers professionnels qui sont **tenus à la confidentialité**.

Quant au travailleur social, il est tenu au secret professionnel en vertu de certains articles du Code de déontologie des travailleurs sociaux (3.06.01 à 3.06.12).

En tenant compte des dimensions ci-haut précisées, les règles de conduite du travailleur social quant au dossier du centre hospitalier s'harmonisent à celles de la LSSSS (a. 18 et 19). Elles se détaillent ainsi :

- *le travailleur social consigne au dossier tous les renseignements exigés par l'article 3 du Règlement sur la tenue des dossiers de la CPTSQ;*
- *il ajoute les informations nécessaires à la compréhension de la situation;*
- *il demande à son client les autorisations appropriées pour obtenir ou transmettre des informations à son sujet et fait mention de ces autorisations au dossier;*



- *il ne peut transmettre à son client les informations contenues dans les rapports rédigés par d'autres professionnels, ni lui remettre copies de ces rapports;*
- *il s'assure que son client soit informé que les services dispensés dans le centre hospitalier le sont dans un contexte multidisciplinaire et que des informations le concernant peuvent être l'objet d'échanges entre les professionnels de l'établissement;*
- *il fait preuve en tout temps d'une grande discrétion dans le partage des informations avec ses collègues;*
- *il s'assure que les dossiers des clients soient conservés de façon à en préserver la confidentialité; il doit informer son employeur de toute situation qu'il jugerait préjudiciable au respect de la confidentialité des dossiers.¹⁸*

8.5.4 Tenue des cabinets de consultation

104



Selon le Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, le travailleur social doit effectuer ses consultations dans un cabinet aménagé de façon à préserver la confidentialité des conversations, qu'elles soient faites en personne ou par téléphone.

Le travailleur social qui occupe un bureau ne permettant pas le respect de la confidentialité doit en aviser la Corporation, après en avoir informé son employeur.¹⁹ Le travailleur social doit afficher son permis à la vue du public.

Le lecteur retrouvera à l'annexe XI, le texte intégral du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux.

8.6 Les habiletés professionnelles

Par sa formation, le travailleur social a acquis :

- ◆ les habiletés pour observer, analyser et interpréter les problématiques sociales, en tenant compte de l'ensemble des systèmes impliqués;
- ◆ les habiletés pour planifier l'intervention en fonction d'objectifs et pour identifier les moyens appropriés;

- ♦ les habiletés au niveau du savoir, du savoir-faire et du savoir-être pour actualiser le plan d'intervention;
- ♦ les compétences pour intervenir auprès des individus, des couples, des familles, des groupes et des communautés;
- ♦ les capacités de mesurer l'efficacité de l'intervention;
- ♦ les habiletés pour gérer sa pratique professionnelle dans le contexte multidisciplinaire.²⁰

Pierre Pinard (1992) souligne comment la formation en service social prépare de façon particulière le travailleur social à :

- ♦ créer une relation significative avec son client;
- ♦ faire la revue des différents systèmes dans lesquels le client évolue (analyse systémique ou écologique ou psychosociale);
- ♦ formuler une évaluation du fonctionnement social et interpréter les difficultés de fonctionnement social;
- ♦ élaborer un plan d'intervention ou un plan de services individualisés qui touche les composantes du fonctionnement social perturbé;
- ♦ intervenir sur et avec le client, ses interactions et les différents systèmes dans lesquels il évolue;
- ♦ requérir et harmoniser l'intervention complémentaire des autres professionnels qui doivent contribuer à la restauration du fonctionnement social (ouverture à l'approche multidisciplinaire);
- ♦ évaluer avec le client les résultats de l'intervention (objectifs moyens, apprentissage à travers le processus);
- ♦ informer sur les phénomènes et les législations sociales de même que sur le réseau de distribution des services sociaux et de santé;
- ♦ utiliser les méthodes propres au travail social.²¹

8.7 Le code de déontologie

L'OPTSQ possède un Code de déontologie auquel le travailleur social est tenu dans l'exercice de ses fonctions professionnelles. On retrouvera à l'annexe III le texte intégral du Code de déontologie des travailleurs sociaux de la CPTSQ mis à jour le 20 octobre 1992 et le 17 janvier 1995.

Nous aimerions, cependant, insister sur certains articles qui rejoignent les **valeurs professionnelles** élaborées au chapitre sur la philosophie du modèle. La section III du code décrit les devoirs et obligations envers le client. L'article 3.02 parle d'**intégrité et d'objectivité**. L'article 3.05 portant sur l'**indépendance** et le **désintéressement** clarifie la question des conflits d'intérêts. L'article 3.06 élabore sur le **secret professionnel** (confidentialité).

En janvier 1994, l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) a publié un Code de déontologie en service social : on en retrouve une copie à l'annexe III. Bien qu'il soit intitulé «Code de déontologie», il s'agit là plutôt d'un **code d'éthique**.

Toutefois, le Code de déontologie en service social de l'ACTS fait ressortir des points **d'éthique professionnelle** intéressants. Nous en avons retenu quelques-uns:

106

- l'intérêt du client comme obligation fondamentale du travailleur social;
- l'intégrité et l'objectivité dans sa façon de s'acquitter de ses obligations et devoirs professionnels;
- les conflits d'intérêts;
- la confidentialité.

Comme on peut le constater les deux codes se ressemblent. Cependant, les travailleurs sociaux du Québec doivent en premier lieu s'en remettre au Code de déontologie de l'OPTSQ.

8.8 L'évaluation de la pratique professionnelle



La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) a confié au Conseil multidisciplinaire des centres hospitaliers le mandat d'évaluer la **qualité de la pratique professionnelle** à l'intérieur de l'établissement. Elle a établi une procédure à suivre dans le cas des **plaintes des usagers** concernant les services reçus. L'OPTSQ a également le mandat d'évaluer la **qualité de la pratique** par son comité d'inspection de la pratique professionnelle et par son syndic.

8.8.1 Le conseil multidisciplinaire

La Réforme Côté et la Loi 120 (LSSSS) ont créé, entre autres, dans les centres hospitaliers, les **conseils multidisciplinaires** dont font partie les travailleurs sociaux (articles 220 à 230). Le conseil multidisciplinaire de chaque centre hospitalier se préoccupe de la qualité de la pratique professionnelle et est redevable, à cet effet, envers le conseil d'administration du centre hospitalier.

L'évaluation de la qualité des services sociaux est également exigée dans les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (norme VII) (voir annexe I, p. 30).



Les trois **fonctions du conseil multidisciplinaire** décrites à l'article 227 de la Loi 120 (LSSSS) sont:

- 1. de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;*
- 2. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;*
- 3. d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.*

107

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Le conseil multidisciplinaire est également redevable envers le directeur général du centre hospitalier **pour les questions suivantes**, tel que le décrit l'article 228:



Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- 1. l'organisation scientifique et technique du centre;*
- 2. les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;*
- 3. toute autre question que le directeur général porte à son attention.*

8.8.2 Le traitement des plaintes



Lorsque la clientèle n'est pas satisfaite des services professionnels reçus, elle peut **porter plainte** selon la procédure établie (Loi 120 (LSSSS) articles 29 à 41).

En général dans les centres hospitaliers, une personne est déléguée par le directeur général pour assurer le traitement des plaintes. Elle a **60 jours** après la réception de la plainte de l'usager pour traiter la plainte. Quand le plaignant est en désaccord avec les conclusions transmises par le responsable du traitement des plaintes, il peut adresser sa plainte à la Régie régionale de la santé et des services sociaux.

8.9 La spécificité du service social en milieu hospitalier

Après avoir présenté les définitions générales relatives à la pratique du service social, la prochaine étape décrira les **services sociaux en milieu hospitalier**. Le programme des services sociaux en milieu hospitalier décrit le cadre de l'intervention en milieu hospitalier.

Tel que déjà mentionné à la section 5.2 sur le contexte organisationnel de la pratique, «l'identification des liens constants entre la maladie et les problèmes psychosociaux caractérise l'action du service social en milieu hospitalier».²²

108

8.9.1 Objectifs du service social en milieu hospitalier

En mai 1983, la CPTSQ et l'APSSMSQ formulaient trois **objectifs du service social en milieu hospitalier**. Les travailleurs sociaux interviennent pour:

1. **Prévenir ou corriger les problèmes psychosociaux** qui peuvent être à l'origine des symptômes d'une maladie ou d'un traumatisme, ressortir à l'occasion de cette maladie ou de ce traumatisme ou encore en découler.²³
2. **Favoriser l'adaptation optimale de l'individu** à sa situation créée par la maladie ou le traumatisme en agissant directement sur les facteurs psychosociaux et environnementaux en privilégiant une vision de santé globale.²⁴
3. «**Intervenir sur les structures des établissements et des organismes du réseau de la santé et des services sociaux**».²⁵

«Notre situation au confluent des deux réseaux permet une contribution unique au niveau de la philosophie et des politiques de ces établissements».26 Cette position du travailleur social en milieu hospitalier faisait référence à la notion de **double appartenance** au centre hospitalier et au Centre de services sociaux régional.

Cette double appartenance qui s'est terminée en avril 1993 par la réintégration administrative de ces professionnels dans les centres hospitaliers maintient les travailleurs sociaux dans une position aussi stratégique.

La réforme Côté et la nouvelle loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) précisent que le centre hospitalier a une mission médicale et sociale. De plus, les services sociaux y sont définis comme des services sociaux spécialisés.

8.9.2 Acte professionnel

La CPTSQ et l'APSSMSQ en 1983 après avoir défini l'**acte du travailleur social** (conféré à la rubrique 8.3 de ce chapitre) précisaient cet acte dans le contexte du milieu hospitalier.

*Cette définition permet d'être plus claire et de nous entendre sur les termes. Qu'il s'agisse d'évaluation ou de traitement, la formation médicale amène le médecin à s'occuper d'abord des maladies et des blessures d'un individu et secondairement de l'individu qui en est porteur; tandis que la formation du travailleur social l'amène à s'occuper des rapports entre les individus et leur milieu. Indirectement, le travailleur social s'intéresse donc à un monde, largement extérieur à l'hôpital et pas nécessairement pathogène : famille, travail, école, condition de vie, etc.*27

En mars 1994, le CPTSQ articule la **spécificité de l'acte professionnel en milieu hospitalier** de la façon suivante:

L'objet de l'acte professionnel du travailleur social en milieu hospitalier est l'interaction entre le fonctionnement psychosocial des personnes et les causes et conséquences sociales et émotives de leurs problèmes de santé.

*L'intervention du travailleur social a pour objectif de favoriser l'établissement de l'équilibre entre les conditions personnelles, familiales et sociales des personnes afin de faciliter le maintien de la santé ou le retour à la santé et de renforcer leurs capacités d'adaptation et de réintégration sociale.*28

Le service social hospitalier contribue à la mission du centre hospitalier en offrant des services sociaux et psychosociaux qui viennent soit soutenir le traitement médico-hospitalier, soit le compléter. Il participe donc à une **approche médico-sociale** de la santé.

Le respect de cet objectif appelle certains principes directeurs devant guider toute action du Conseil de la santé et des services sociaux (Régie régionale) et des centres hospitaliers concernés dans le processus d'organisation des services et l'accueil des ressources exigées par l'implantation de la réforme. Principes qui devront continuer à guider l'activité des services sociaux au sein des centres hospitaliers.²⁹

Dans les conditions de transfert de son personnel social à l'intérieur des centres hospitaliers, le CSS Richelieu a rappelé en juin 1992, les principes directeurs de son Programme de services sociaux en milieu hospitalier.³⁰ Ces principes directeurs concernent l'usager, le personnel, et le programme. Le CSS Richelieu décrit par la suite les principes directeurs organisationnels. Ils traitent aussi de l'acte professionnel du travailleur social et des valeurs professionnelles qui le sous-tendent. Nous référons le lecteur à l'annexe I pour l'intégralité du texte.

8.9.3 Fonctions du travailleur social

La CPTSQ en mars 1994, dans le Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier énumère et décrit les **fonctions du travailleur social**, en milieu hospitalier.

La formation du travailleur social et la définition spécifique de son acte professionnel le situent à l'interface de l'individu avec sa famille, son milieu social et les ressources de la communauté. En milieu hospitalier, il peut à la fois intervenir auprès du client ou de son entourage et auprès de collaborateurs tels que l'équipe traitante ou les autorités administratives, dans un objectif d'adaptation aux impacts de la maladie, de retour à la santé ou de son maintien.

Le travailleur social peut exercer les fonctions suivantes :

LA FONCTION CLINIQUE :

Cette fonction comporte plusieurs volets qui ont comme point de convergence le service au client :

l'évaluation psychosociale :

le travailleur social identifie les besoins et les ressources du client, analyse les interactions entre les divers systèmes impliqués, évalue les problèmes psychosociaux et les capacités de changement de chacun, pose un jugement professionnel et élabore un plan d'intervention avec le client;

le traitement psychosocial :

le travailleur social actualise le plan d'intervention en mobilisant les capacités de changement du client et de son environnement dans le but de résoudre des problèmes psychosociaux. Selon la situation, il effectue des entrevues individuelles, conjugales, familiales ou de groupe. Au besoin, il contribue à la mise en place de mesures de protection sociale ou il soutient le client dans une démarche de promotion de ses droits;

la liaison :

suite à une évaluation psychosociale ou en cours de traitement, le travailleur social procède à l'orientation ou à la référence vers des ressources externes appropriées ou à leur mobilisation et établit les liens avec les autres organismes du réseau voués à la dispensation des services de santé ou des services sociaux;

la prévention :

le travailleur social informe le client des moyens à sa disposition pour prévenir la réapparition des problèmes psychosociaux pouvant compromettre son état de santé et soutenir ses capacités de changement.

111

LA FONCTION CONSULTATION :

Le caractère multidisciplinaire du travail en centre hospitalier nécessite la contribution du travailleur social dans les discussions cliniques, où il fait valoir les aspects psychosociaux de la situation spécifique de ses clients.

Compte tenu de son expertise dans les problématiques psychosociales reliées à la maladie, de ses connaissances en matière de ressources communautaires et de politiques sociales, il fournit à d'autres professionnels les avis nécessaires à la compréhension ou à la résolution de situations individuelles ou organisationnelles spécifiques.

LA FONCTION RESSOURCES :

Dans certains établissements, le travailleur social est responsable du développement des ressources d'hébergement non institutionnelles. Il s'assure de l'adéquation et du maintien de la qualité des services offerts dans ces ressources.

LA FONCTION ENSEIGNEMENT :

Le travailleur social contribue à la formation des stagiaires en service social; il collabore aussi à la formation des intervenants de différentes disciplines, en ce qui a trait à l'expertise psychosociale. Il peut également dispenser de la formation continue à d'autres travailleurs sociaux par la supervision ou la consultation.

LA FONCTION RECHERCHE :

Le travailleur social entreprend des recherches sociales ou y contribue et apporte son expertise à des projets ou activités de recherche.

LA FONCTION GESTION :

Le travailleur social qui assume une fonction de gestion a la responsabilité administrative et professionnelle de son service. Il planifie, organise, dirige, contrôle et évalue la prestation des services offerts et les activités du personnel sous sa responsabilité.

Il effectue également la coordination des activités cliniques du Service social et, de ce fait, s'assure que le personnel puisse recevoir de la supervision et de la consultation. Sa fonction implique aussi la représentation du Service social à l'intérieur ou à l'extérieur du centre hospitalier, tant sur le plan administratif que professionnel.

Le travailleur social responsable du service social ainsi que tous les travailleurs sociaux de son service se soucient du droit des usagers, incluant les proches, de recevoir des services sociaux dans le centre hospitalier et voient à ce qu'ils les obtiennent.

D'autres fonctions peuvent être assumées par le travailleur social selon le mandat spécifique du centre hospitalier et les caractéristiques propres de chaque institution.³¹

En mai 1983, le document conjoint de la CPTSQ et de l'APSSMSQ³² décrivant les fonctions d'un département de service social à l'intérieur d'un centre hospitalier ajoutait la **fonction de dépistage des cas.**

Le programme des services sociaux en milieu hospitalier élaboré en 1985 par le CSS Richelieu décrit plus en détail chacune de ces fonctions. Le lecteur pourra s'y référer (voir annexe VII).

Dans la même veine, Victor Bilodeau³³, travailleur social, alors qu'il était directeur des services professionnels au CSS du Centre du Québec a élaboré en juin 1992 un tableau sur les **fonctions des interventions psychosociales** en établissement de santé en adaptant celui paru au CSS Richelieu le 28 février 1992. Il énumère **quatre fonctions**:

- clinique;
- intégration et adaptation à un nouveau milieu de vie;
- réinsertion dans le milieu naturel;
- et protection sociale.

On pourra s'y référer à l'annexe VIII.

Les standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier du CSS Richelieu décrivent également les **fonctions exercées au sein du programme de service social hospitalier**. Ce document introduit de nouvelles fonctions :

- accueil;
- information et référence;
- la fonction de prévention et celle de vigilance.³⁴

Elles sont définies à l'annexe IX.

Les fonctions d'enseignement, de recherche et de prévention décrites comme faisant partie des fonctions inhérentes du travailleur social en milieu hospitalier sont peu développées dans la pratique quotidienne des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie en Montérégie.

Concernant les **fonctions d'enseignement**, les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie supervisent peu de stagiaires. D'une part, l'intervention psychosociale en pédopsychiatrie étant un champ de pratique sociale spécialisé, on ne peut retenir la candidature de stagiaires qui en sont à leur premier stage, c'est-à-dire à l'apprentissage des bases de la relation d'aide. Ne sont retenus que les candidats-stagiaires de troisième année (2e stage) de baccalauréat en service social et du niveau de maîtrise en service social.

La formation dans les écoles de service social de la plupart des universités du Québec privilégie une expérience intensive d'un stage-bloc à plein temps d'environ quatre mois dans un milieu de pratique. Idéalement, un stage en pédopsychiatrie échelonné sur une



période d'une année permettrait au stagiaire de vivre les étapes du processus d'intervention dans son ensemble.

En ce qui a trait à la **fonction de recherche**, avant le transfert des travailleurs sociaux celle-ci était confiée à la Direction des services professionnels du CSS Richelieu, de qui relevait l'agent de recherche. Il se fait peu de recherche à l'intérieur même des différents services de pédopsychiatrie. On ne saurait trop encourager le développement de celle-ci en service social hospitalier, notamment pour valider nos modèles d'intervention psychosociale.

Quant à la **fonction de prévention**, du moins celle de type primaire, elle est confiée aux CLSC et à la Direction de la Santé publique de la Régie régionale.

On peut cependant dire qu'en intervenant précocement auprès des enfants et des adolescents présentant des problèmes émotifs ainsi qu'auprès de leur famille, les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie font de la **prévention tertiaire**. Ils espèrent ainsi prévenir l'émergence de problèmes de santé mentale à l'âge adulte.

On peut également parler de prévention si lorsqu'au cours de la prise en charge clinique, le travailleur social intervient sur les facteurs psychosociaux de la maladie.

«Dans une perspective de prévention, l'intervenant social aide à déceler les facteurs environnementaux susceptibles d'altérer la santé de la personne et sensibilise cette dernière et son entourage à leurs impacts sur sa condition de santé.»³⁵

En conclusion, deux citations nous apparaissent représentatives pour définir la spécificité de l'intervention du travailleur social par rapport à d'autres professionnels de la relation d'aide.

Notre spécificité tient au fait, qu'à la différence des autres, nous portons notre attention sur la totalité de l'individu dans ses liens avec son environnement. Nous refusons de dichotomiser, de séparer la personne et son milieu. Nous nous opposons à ne considérer qu'un aspect de cette personne, sans liens avec le reste. Notre vision et, partant, nos interventions, cherchent toujours à englober, réunir, mettre en liens, plutôt qu'à séparer, distinguer, éliminer.

*Ainsi, nous ne concevons pas qu'en service social on puisse travailler autrement qu'en accordant de l'importance à la fois à l'individu et à ses rapports avec l'environnement, qu'on puisse faire du counseling sans s'occuper en même temps des conditions matérielles, qu'on puisse travailler en contexte d'autorité sans développer une relation d'aide, qu'on fasse du curatif sans s'occuper de prévention. C'est tout ça qui fait notre force et nous donne notre caractère distinctif.*³⁶

En 1990, Jean Luc Lacroix publiait un ouvrage dans lequel il précisait son approche globale en service social. Lacroix a élaboré «un modèle d'intégration des dimensions individuelles et environnementales dans l'intervention familiale en service social»³⁷, qui, constitue la spécificité de l'intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie.

1. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 2.
2. Ibid.
3. CPTSQ et APSSMSQ, Responsabilité professionnelle et autonomie des travailleurs sociaux en milieu de santé du Québec, p. 11.
4. CPTSQ, Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux (mai 1986), p. 5.
5. Ibid.
6. Ibid., p. 6.
7. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC, p. 2.
8. Pierre PINARD, Ce qui est propre au service social, document de travail du CSSCQ, (92.07.28), remis lors d'une conférence à Longueuil le 8 juin 1993, dans le cadre de l'Assemblée annuelle des travailleurs sociaux du chapitre régional de la Montérégie, pp. 1-2.
9. Ibid., p. 5.
10. Jacques LAFOREST, La nature du service social dans Intervention, no 68 (mai 1984), p. 28, cité dans Pierre PINARD, op. cit., p. 5.
11. CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 19.
12. CPTSQ, Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux, 16p.
13. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC, p. 3.
14. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 4.

15. **CODE DES PROFESSIONS**, Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux, LRQ, c. C-26, a. 94, par. c et d, cité dans CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, pp. 4-5.
16. CPTSQ, Code de déontologie des travailleurs sociaux (c. C-26, r. 180, a. 1.01 c): «client : une personne, un groupe, une collectivité ou un organisme bénéficiant des services d'un travailleur social», cité dans CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 5.
17. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, LRQ, Chapitre A-2-1, cité dans CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 5.
18. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, pp. 5-6.
19. **CODE DES PROFESSIONS**, Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux, cité dans CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 6.
20. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC, pp. 3-4.
21. Pierre PINARD, *op. cit.* p. 2.
22. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 3.
23. *Ibid.*, p. 4.
24. *Ibid.*, p. 5.
25. CPTSQ et APSSMSQ, *op. cit.*, p. 11.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*, p. 12.
28. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 2.

29. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Conditions de transfert du programme de services sociaux en milieu hospitalier (16 juin 1992), p. 2.
30. Ibid., pp. 3-8.
31. **CPTSQ**, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, pp. 3-4.
32. **CPTSQ et APSSMSQ**, op. cit., pp. 11-12.
33. Victor **BILODEAU**, Fonctions des interventions psychosociales en établissement de santé, adaptation d'un tableau paru dans Le CSS Richelieu: un établissement régional de protection sociale (28.02.92), p. 146.
34. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 13.
35. Ibid., p. 26.
36. Gilles **RONDEAU**, L'état actuel des connaissances et des pratiques en service social, Allocution d'ouverture au Colloque de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, tenue à Québec les 28 et 29 avril 1989 et rapportée dans CPTSQ, Bulletin de Nouvelles, no 35 (juin-juillet 1989), p. 7.
37. Jean-Luc **LACROIX**, L'individu, sa famille et son réseau: les thérapies familiales systémiques (Paris, ESF, 1990), p. 32.

Après avoir décrit la spécificité du service social en milieu hospitalier, il sera maintenant question de la spécificité de la pratique du service social en pédopsychiatrie. Nous ferons ressortir les éléments communs de cette pratique professionnelle dans les différentes cliniques externes en Montérégie.

Le processus de l'intervention sera élaboré en détail dans ce chapitre. La pédopsychiatrie s'insère elle-même dans le programme de santé mentale qui, rappelons-le, fait partie des cinq grands programmes identifiés par la Politique de la santé et du bien-être (1992) qui sont: l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale.

9.1 Fonctions du travailleur social en pédopsychiatrie

La description des **fonctions du travailleur social en pédopsychiatrie** est généralement formulée de la façon suivante :

- *voir à l'application du programme des services sociaux en milieu hospitalier(...);*
- *procéder directement, par l'approche individuelle ou de groupe aux interventions de type clinique requises par les bénéficiaires;*
- *intervenir tant auprès des individus que de leur famille, s'il y a lieu, en utilisant au besoin, les ressources communautaires. L'intervention psychosociale en santé mentale jeunesse s'effectue en contexte d'équipe multidisciplinaire.*

L'intervenant social apporte son expertise tant au niveau de l'évaluation des besoins de la clientèle, de l'intervention psychosociale proprement dite, qu'au sein de l'équipe dans laquelle il s'inscrit. Ses interventions s'articulent en collaboration et en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe, dans la perspective du plan de services établi pour et avec le bénéficiaire.¹

Rappelons que pour remplir ces fonctions, le travailleur social doit détenir un **diplôme universitaire de premier cycle** en service social. Pour porter le titre de travailleur social, il doit évidemment être membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ).

Afin d'illustrer concrètement les fonctions du travailleur social en pédopsychiatrie, nous les situerons en rapport avec les **standards et normes de pratique professionnelle**. Par la suite, nous décrirons les étapes d'une **demande de consultation**. Il va sans dire qu'en raison des disparités régionales, certaines variantes existent dans les étapes à suivre.

9.2 Standards et normes de pratique professionnelle

Les standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier² nous fournissent des précisions sur les diverses fonctions des travailleurs sociaux et leur charge de travail en pédopsychiatrie. La fonction clinique y est particulièrement soulignée.

Ce champ d'activités est caractérisé par la prépondérance de la fonction clinique dans des interventions de moyen terme, selon un rythme constant fréquent (2 à 4 fois par période administrative (4 semaines)). Le travail en équipe multidisciplinaire et la nature des problématiques rencontrées leur font assumer une fonction de consultation plus fréquente que la moyenne des autres champs de pratique, alors que les activités reliées au placement et l'information-référence ont une moindre ampleur. Les interventions privilégiées sont de nature familiale.

Par ailleurs, l'unité de mesure dont il est ici question est l'enfant, cible de la demande initiale, inscrit à la clinique ou admis en pédopsychiatrie.

<i>Unité de mesure :</i>	<i>l'enfant-cible</i>
<i>Capacité d'accueil :</i>	<i>4 par période administrative en moyenne</i>
<i>Charge de travail :</i>	<i>18 à 24 par période</i>
<i>Taux de roulement :</i>	<i>± 2 fois 1/2 par année</i>

Il est à noter que 13 périodes administratives constituent une année

Le manuel de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux précise ce qu'on entend par **unité de mesure**, ce qui s'applique évidemment à la pédopsychiatrie.

L'unité de mesure : c'est l'usager enfant, adulte et personne âgée ayant fait l'objet d'une intervention durant l'exercice (...)

On compile une unité de mesure pour toute personne :

- 1. pour qui la demande de service a été jugée recevable et qui est sujet direct d'une intervention psychosociale;*
- 2. au profit direct de laquelle l'intervention est réalisée, même si cette dernière ne peut participer activement à l'intervention;*
- 3. dans l'environnement de l'usager, à condition que cette dernière soit sujet direct d'une intervention psychosociale.³*

9.3 Cheminement d'une demande de consultation à la clinique externe de pédopsychiatrie

Modalités d'ouverture du dossier

1- Réception de la demande

La demande peut se faire par un **téléphone** d'un parent pour son enfant ou son adolescent; l'adolescent peut également faire sa demande lui-même à la clinique externe.

Une **référence médicale** (omnipraticien ou autre médecin spécialiste) et un examen médical (physique) récent (moins de trois mois) sont des exigences minimales.

Un **questionnaire** est envoyé aux parents au sujet de l'enfant ou de l'adolescent. Ce dernier complète sa section.

Une fois ces étapes franchies, l'enfant ou l'adolescent est inscrit sur la liste d'attente de la clinique externe.

2- Pré-évaluation téléphonique

Pour certaines sous-régions une **pré-évaluation téléphonique** est faite par les professionnels. Ceci permet d'établir les priorités en fonction du degré d'urgence.

3- Évaluation de la demande

Trois possibilités existent selon les sous-régions:

- Évaluation psychiatrique faite par le pédopsychiatre **seul ou avec un autre professionnel**. Présence obligatoire de l'enfant ou de l'adolescent et présence fortement recommandée des deux parents.
- Évaluation santé mentale faite par **deux professionnels** sans la présence du pédopsychiatre.
- Évaluation psychosociale faite par le **travailleur social** en pédopsychiatrie suite à une référence directe d'un médecin traitant du centre hospitalier sans qu'il y ait obligatoirement une évaluation pédopsychiatrique.

Selon les sous-régions, le travailleur social entre en jeu à l'étape de la pré-évaluation téléphonique ou à la prochaine étape, celle de l'évaluation de la demande.

L'**ouverture du dossier médical** de l'utilisateur s'effectue lors de l'évaluation de la demande ou de l'inscription selon les sous-régions. À cette étape, sont demandées:

- Signature des autorisations.
- Au besoin, demande de rapports antérieurs de consultation.
- Au besoin, référence à d'autres médecins spécialistes pour consultation.
- Réponse du thérapeute ou des thérapeutes-évaluateurs au médecin référant.

4- Orientation clinique

- Prise en charge psychiatrique par le pédopsychiatre seul.
- Prise en charge psychiatrique par le pédopsychiatre avec références multidisciplinaires écrites ou verbales.
- Inscription sur la liste d'attente de la ou des disciplines concernée/s.
- Prise en charge par l'un ou l'autre des professionnels de l'équipe avec possibilités de référence interprofessionnelle.
- Discussion pour l'orientation clinique du cas entre le travailleur social et le pédopsychiatre et, selon le cas, les autres professionnels impliqués.

Étapes d'interventions spécifiques au service social

1. Évaluation psychosociale par le travailleur social

L'évaluation psychosociale est suivie ou non d'une prise en charge par le travailleur social. Un **plan d'intervention psychosociale** doit être établi, s'il y a prise en charge.

Ouverture du volet social du dossier de l'enfant ou de l'adolescent. Au besoin, ouverture d'un dossier pour le ou les parents suivi/s pour lui-même/eux-mêmes ou pour thérapie conjugale. Selon les sous-régions, ouverture d'un dossier pour chaque membre de la famille suivi en thérapie familiale.

Rapport d'évaluation psychosociale consigné dans le volet social du dossier de l'usager.

2. Intervention psychosociale

Intervention psychosociale à court, moyen ou long terme avec notes évolutives inscrites dans le volet social du dossier de l'usager. Les discussions sur l'évolution de la situation de l'usager avec le pédopsychiatre et/ou les autres thérapeutes impliqués sont aussi consignées dans les notes d'évolution.

3. Compte-rendu de l'intervention

Compte-rendu de l'intervention périodique pour l'intervention psychosociale à long terme (révision) ou compte-rendu de l'intervention lors du transfert ou de la fermeture du volet social du dossier en précisant le motif, par exemple:

- objectifs atteints;
- désistement des clients;
- référence à un autre service ou établissement au besoin.

4. Note ou discussion

Note ou discussion avec le pédopsychiatre référant mentionnant la fin de l'intervention psychosociale. Par la suite, fermeture du dossier de l'usager par le pédopsychiatre au moment où il le jugera opportun et acheminement du dossier aux archives.

123

9.4 Principales méthodes d'intervention

Les méthodes d'intervention les plus couramment utilisées pour remplir ces fonctions sont:

1. L'intervention individuelle auprès d'un parent;
2. La thérapie de couple;
3. Le counseling parental pouvant s'effectuer avec les parents seuls ou en présence de l'enfant;
4. La thérapie familiale;
5. La thérapie de groupe (group work), groupe de counselling et groupe de tâche avec des parents ou des familles;
6. L'intervention communautaire (liens avec les ressources).

Elles ne sont pas listées par ordre de fréquence. Quant à leur définition et leur description, ce sera l'objet de la section 9.6.

Ces interventions peuvent être effectuées par le travailleur social **seul** ou en **co-intervention** avec un autre professionnel de la clinique externe. Il est à noter que de façon générale les travailleurs sociaux, sauf exception, ne font pas de thérapie individuelle auprès des enfants de 0 à 12 ans. Cependant, ils en font auprès des adolescents, dans certaines sous-régions de la Montérégie.

La recherche de Martinez (1983) nous fournit quelques statistiques sur les méthodes d'intervention utilisées par les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. Elle relève les **divers types d'intervention et leur fréquence**:



- intervention individuelle auprès de l'enfant (4,8%);
- intervention individuelle auprès d'un parent (25,4%);
- intervention auprès des deux parents (17,5%);
- intervention parent(s)-enfant (6,3%);
- thérapie familiale (15,9%);
- thérapie de groupe (1,6%);
- démarches et suivi de placement (14,3%).

La recherche démontre que parmi les cas de service social en pédopsychiatrie, l'intervention individuelle auprès d'un parent domine (25,4%).⁴

Il serait intéressant de mettre à jour cette recherche. On pourrait alors constater des changements dans la pratique sociale. La thérapie familiale et l'intervention auprès des parents auraient probablement une fréquence beaucoup plus élevée. Les activités professionnelles reliées au placement d'enfant et d'adolescent seraient possiblement moins fréquentes.

Concernant les mesures de durée de l'implication clinique et sociale, la même recherche démontre que la durée moyenne des cas de service social est d'un peu plus d'un an et demi et que la durée la plus fréquente dans l'échantillon (69 cas) est de cinq mois. Il appert que 42,6% des cas ont une durée d'un an ou moins, que 26,5% ont une durée qui se situe entre un an et deux ans et que 30,9% ont une durée de plus de deux ans.⁵

Ces statistiques confirment l'intervention à long terme des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, comparativement à l'intervention à plus court terme des travailleurs sociaux au CLSC, par exemple. Nous en reparlerons à la prochaine section.

La recherche de Martinez (1983) fait ressortir une moyenne de 1,3 rencontre par mois du travailleur social avec la clientèle.⁶ À l'époque de la parution de cette recherche, cette dernière donnée statistique avait été fortement contestée par les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. Il leur semblait que cette statistique reflétait faussement la réalité de leur pratique.

Ces dernières années, le recours plus fréquent des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie à la thérapie familiale de même que l'utilisation de l'approche systémique ont modifié la pratique sociale et la fréquence des interventions. Il serait intéressant de reprendre la recherche pour en mesurer l'exactitude.

9.5 Contexte multidisciplinaire de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie

Nous distinguerons ici ce qui est **spécifique aux travailleurs sociaux** en pédopsychiatrie. Deuxièmement, à l'intérieur même de la pédopsychiatrie, nous décrirons brièvement ce qui est **spécifique aux travailleurs sociaux par rapport aux autres thérapeutes**. Troisièmement, une autre dimension de la spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie concerne les **approches thérapeutiques utilisées**. Il en sera question à la prochaine section (9.6).

La **spécificité de la pratique** des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie se caractérise par la combinaison des trois aspects suivants:

- le contexte multidisciplinaire dans lequel elle s'exerce;
- les types de problématiques psychiatriques présentées par les enfants et les adolescents;
- les différents modes d'intervention à court, à moyen et à plus long terme.

L'**intervention multidisciplinaire en «split case» (co-intervention)** est une caractéristique fréquente de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. En effet, des services de psychothérapie individuelle de l'enfant et de l'adolescent peuvent être offerts à court ou à long terme par d'autres professionnels que des travailleurs sociaux de façon concomitante à l'intervention de ces derniers auprès des parents, de la famille ou du réseau social.

La spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie par rapport aux autres thérapeutes de la clinique externe concerne leurs activités professionnelles. Les problèmes familiaux et l'intervention psychosociale auprès des parents, de la famille et de l'environnement social constituent les champs spécifiques de l'intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. Par ailleurs, l'évaluation des demandes de placement d'enfants et d'adolescents ainsi que le suivi du placement sont des activités professionnelles réservées aux travailleurs sociaux au sein de l'équipe multidisciplinaire en pédopsychiatrie.

126



La Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) confie le **mandat du placement** d'enfants et d'adolescents exclusivement aux Centres des services sociaux et, par conséquent, aux travailleurs sociaux des équipes multidisciplinaires en pédopsychiatrie. Le placement d'enfants et d'adolescents doit s'inscrire à l'intérieur d'un plan global d'intervention. Nous y reviendrons à la rubrique 9.7.

Au même titre d'activité professionnelle réservée, les évaluations psychologiques de l'intelligence et de la personnalité (psychométrie) relèvent des psychologues, la rééducation orthopédagogique est l'apanage des orthopédagogues de même que l'évaluation et le diagnostic psychiatriques, la médication sont sous la responsabilité exclusive des pédopsychiatres. L'hospitalisation des enfants et des adolescents peut être assumée par les pédopsychiatres, par les pédiatres ou les omnipraticiens selon les centres hospitaliers.

9.6 Spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie et les approches cliniques

Par un troisième aspect, les travailleurs sociaux se distinguent des autres professionnels en pédopsychiatrie par leurs approches cliniques utilisées et par leur **conception de l'intervention (vision globale et implication de l'environnement social)**.

Avant de décrire les approches thérapeutiques utilisées par les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, il nous apparaît important de définir les termes et de les situer dans l'ensemble des approches ou méthodes d'intervention en service social.

D'après Mathilde Du Ranquet (1981), le service social individuel et familial ou casework ne constitue que l'un des modes d'intervention qu'utilise le service social. Les autres modes d'intervention portent sur les petits groupes, sur les structures et les institutions.⁷

Tout travailleur social a reçu dans sa formation en service social, des cours sur ces **modes d'intervention**.

Ces différents modes d'intervention ont un patrimoine commun de connaissances et de valeurs. Ils utilisent un même processus qui s'appuie à la fois sur la théorie des systèmes et de la communication et sur la méthode des sciences expérimentales :

- ▶ *détermination du problème et des objectifs qu'on se propose après avoir étudié l'ensemble personne-situation,*
- ▶ *élaboration et exécution du plan d'action,*
- ▶ *évaluation des résultats obtenus et des moyens employés.*

Connaissances, valeurs [et attitudes qui en découlent], processus constituent donc une base commune à tous ces modes d'intervention, qu'ils soient orientés vers la solution de problèmes personnels et familiaux ou de problèmes affectant groupes, collectivités et société.⁸

«Le **casework** ou **travail individuel et familial**, comprend la méthode qui s'appuie sur des connaissances et la relation qui s'appuie sur des valeurs»⁹, décrites dans le chapitre sur la philosophie du modèle.

«La méthode de service social est une **méthode clinique**, c'est-à-dire qu'elle vise un traitement : cure, prévention, promotion ou amélioration sociale. Elle emprunte ses différents éléments à la méthode scientifique utilisée dans les sciences expérimentales (investigation, hypothèse, expérimentation).»¹⁰ «Elle utilise également la théorie des systèmes et celle de la communication.»¹¹

Tout système de traitement utilise en effet une méthode; il s'appuie sur une théorie, une base expérimentale, un système de valeurs. D'après Karl Popper, «toute théorie doit être considérée comme une hypothèse provisoire décrivant une réalité contingente.»¹²

«L'approche -ou **modèle**- décrit ce que le travailleur social fait, c'est-à-dire la façon dont il recueille les données, élabore une hypothèse, choisit les objectifs, stratégies et techniques qui conviennent aux problèmes rencontrés.»¹³

Certains modèles s'adressent à l'ensemble des problèmes ou à la situation globale d'une personne; c'est le cas de l'approche psychosociale, de l'approche fonctionnelle, du processus de résolution de problèmes. D'autres modèles sont plus spécifiques dans leurs objectifs :

- ▶ *la modification du comportement s'adresse à un problème de comportement précis;*
- ▶ *l'intervention en situation de crise est utilisée à cause d'un problème qui se pose de façon aiguë;*
- ▶ *le court terme planifié centré sur la tâche prend comme cible un problème et les tâches nécessaires à sa solution;*
- ▶ *l'approche familiale s'intéresse aux systèmes et interactions perturbées à l'intérieur d'une famille;*
- ▶ *la socialisation s'adresse à des familles ayant des difficultés de fonctionnement et d'insertion sociale.*¹⁴

*Chaque approche privilégie une ou des théories qui lui fournissent des connaissances et des hypothèses sur lesquelles s'appuyer. Les premiers modèles, **approche diagnostique** et **approche fonctionnelle**, ont d'abord utilisé à peu près exclusivement la théorie psychanalytique; puis ils ont intégré d'autres éléments comme la psychologie du moi, la théorie du stress et de la crise, la théorie de l'apprentissage, la théorie des systèmes, la théorie des rôles, la théorie de la communication, etc.*¹⁵

L'approche diagnostique s'appelle également psychosociale.

Les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie sont éclectiques (**approche intégrée**) dans le choix des approches thérapeutiques utilisées. Selon la clientèle, les problématiques rencontrées, l'expérience, l'expertise et les intérêts du travailleur social, l'intervention choisie pourra faire appel aux **approches** suivantes :

- l'approche psychodynamique;
- l'approche humaniste (Gestalt thérapie);
- l'approche behaviorale;
- les approches corporelles;
- l'intervention de réseau;
- l'approche centrée sur les solutions, etc.

Cependant, pour mieux cerner la spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie concernant les approches utilisées en les situant dans le cadre des modèles théoriques décrits par Du Ranquet (1981) et précédemment exposés, on peut dire que l'approche familiale selon différents types est largement adoptée.

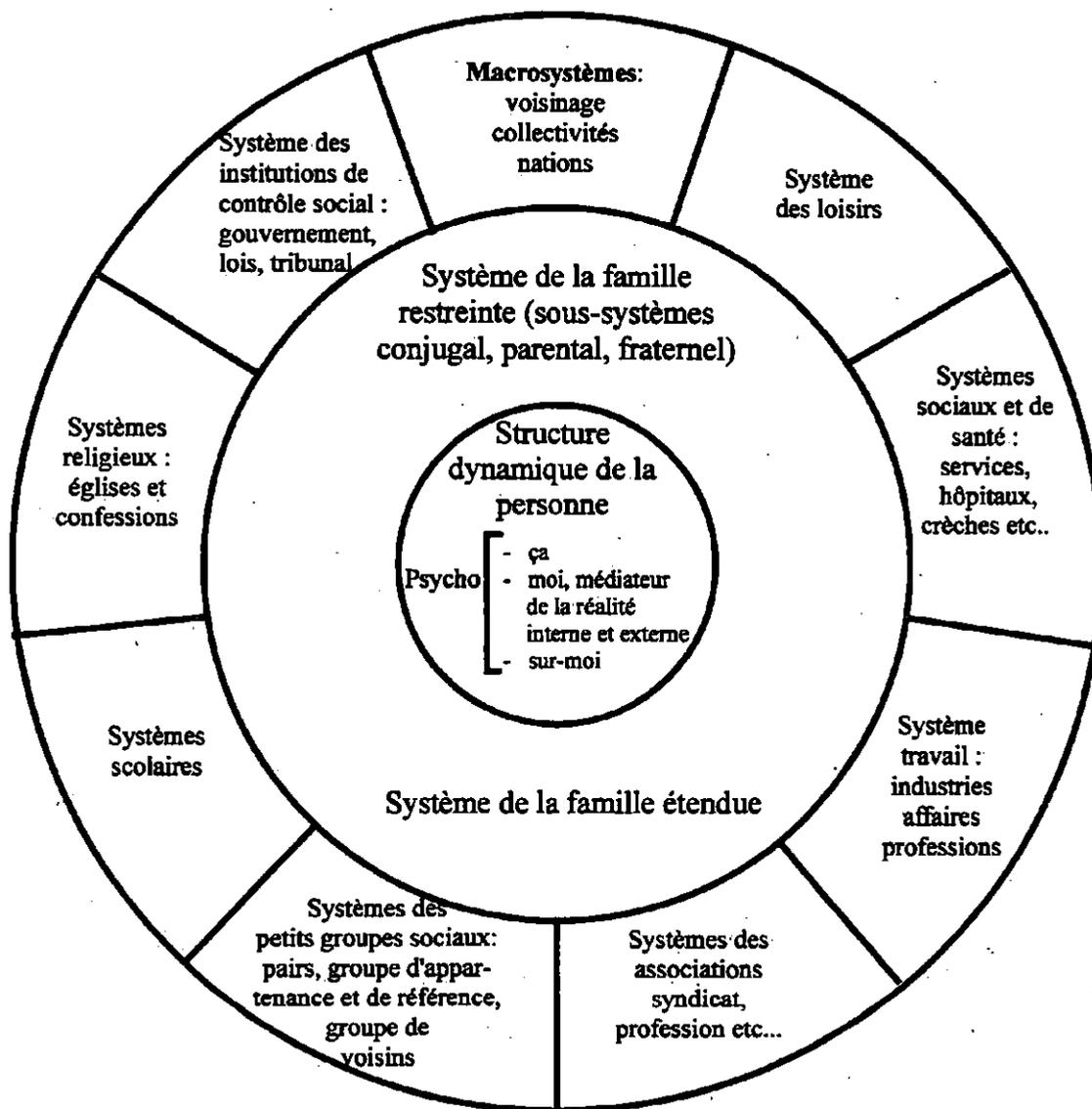
Les travailleurs sociaux sont portés à privilégier le cadre de pensée systémique ou l'approche familiale systémique dans leurs interventions. Les concepts théoriques de cette approche ont été précisés au chapitre 4 sur le cadre théorique du modèle. Nous n'y reviendrons donc pas ici.

L'**approche systémique**, sans exclure d'autres approches, est certainement la plus courante chez les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. Elle caractérise donc bien la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie, bien qu'elle soit utilisée parfois par les autres thérapeutes de l'équipe multidisciplinaire en pédopsychiatrie. La justification de ce choix a été élaborée à la rubrique 4.1.4.3.

En pédopsychiatrie, les travailleurs sociaux privilégient l'approche systémique car elle permet : une **perception globale** (holistique) des composantes de la vie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'une utilisation systématique de ces composantes (sous-systèmes) comme sources d'information et de levier de changement. De plus, selon l'approche systémique, la personne et la famille ne sont pas des entités séparées mais sont des sous-systèmes interliés et intégrés à un ensemble de sous-systèmes qui forment un système global.

Le tableau suivant permettra de mieux visualiser l'ensemble des sous-systèmes auxquels la personne et la famille appartiennent.

PERSONNE - FAMILLE - ENVIRONNEMENT :
CONFIGURATION SYSTÉMIQUE ¹⁶



130

Ce tableau précise l'ensemble des systèmes auxquels appartient chaque personne et chaque famille. L'homme est un être social en constante interaction avec les systèmes et sous-systèmes de son environnement qui peuvent lui apporter :

Gratification	ou	Insatisfaction
Sécurité	ou	Frustration
Expériences positives conduisant à grandir, à apprendre, à réussir	ou	Privations et pressions

9.7 Spécificité des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie et le placement d'enfants et d'adolescents

L'implantation du protocole d'entente entre la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) du CSS Richelieu et le service social hospitalier en 1987 (voir annexe XII) a permis de clarifier davantage les mandats respectifs des intervenants de la DPJ et des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie et des autres collègues du service social en milieu hospitalier. Depuis l'application du protocole, on note entre autres effets, une certaine diminution des activités professionnelles reliées au placement d'enfants et d'adolescents (évaluation et suivi du placement) chez les travailleurs sociaux en pédopsychiatrie. Ceci nous a permis de consacrer plus d'énergie et de temps à l'intervention clinique (suivi thérapeutique) auprès des familles.

Le placement d'enfants ne constitue pas une activité professionnelle fréquente chez les travailleurs sociaux oeuvrant auprès de la clientèle d'enfants âgés de 0 à 13 ans en pédopsychiatrie. Chaque professionnel oeuvrant auprès d'enfants de cette catégorie d'âge peut n'effectuer que quelques placements par année. Par contre, les travailleurs sociaux ayant des adolescents dans leur clientèle consacrent plus de temps à des activités professionnelles reliées au placement.

A titre indicatif, le travailleur social de l'équipe multidisciplinaire oeuvrant auprès des adolescents de la clinique externe de pédopsychiatrie de l'Hôpital Charles LeMoine a fait une compilation des dossiers d'adolescents ayant bénéficié d'un placement au cours de l'intervention psychosociale et de l'intervention clinique des autres thérapeutes en pédopsychiatrie pour la période de 1989 à 1995-inclusivement.



Ce travailleur social a évalué, au cours de cette période, 257 familles ayant un adolescent en difficulté. 43 de ces 257 jeunes ont vécu un placement en cours de route de leur démarche en pédopsychiatrie, soit 16% de ces jeunes. Parmi ces 43 jeunes, il y avait 30 garçons et 13 filles. De ces 43 jeunes, 18 furent placés en centre de réadaptation et furent transférés aux praticiens de la Direction de la Protection de la jeunesse du CSS Richelieu (ou des Centres Jeunesse Montérégie); 22 autres furent placés en famille d'accueil (foyer de groupe pour adolescents); 2 jeunes furent confiés à une famille d'accueil spécifique (parenté, amis de la famille); et un dernier jeune fut placé en désintoxication (à l'interne) à Portage, établissement spécialisé en toxicomanie.

Seulement 11 jeunes ont fait l'objet d'un placement volontaire (placement S-5, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux). Les 32 autres jeunes ont connu un placement effectué en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse; soit qu'il était ordonné par le Tribunal de la jeunesse, soit qu'il était effectué dans le cadre de mesures volontaires.

9.7.1 Notion de placement

Le placement est une **intervention thérapeutique qui se situe à l'intérieur d'un plan global d'intervention**. Il est alors considéré avec l'optique de l'approche systémique. Au cours d'une intervention familiale, il s'avère que certaines situations requièrent le placement d'un enfant ou d'un adolescent. Ceci suppose une évaluation exhaustive de l'enfant ou de l'adolescent, de ses parents et de la dynamique familiale afin que le placement soit vécu par le jeune, non comme une mesure coercitive, mais comme une expérience positive dans le but de l'aider à élargir son expérience de vie et à promouvoir son autonomie.

Tout comme la loi de la Protection de la Jeunesse, le placement doit rester une mesure d'exception en dernier recours. Le rôle du travailleur social est de tout mettre en oeuvre pour prévenir le placement et en évaluer la pertinence. Pour ce faire, il doit tout mettre en oeuvre pour venir en aide aux parents (le counselling aux parents, et autres ressources concrètes, etc.).

Parfois, l'intervention clinique auprès des parents et de la famille ne peut plus réussir à elle seule, à amener les parents à assumer adéquatement la prise en charge de leur enfant ou de leur adolescent. Malgré plusieurs interventions à divers niveaux, à l'occasion un départ planifié du foyer parental vers une ressource adaptée est indiqué pour continuer le processus d'individuation et de réadaptation de l'enfant ou de l'adolescent. Dans d'autres circonstances, le placement qui sera plutôt un dépannage, pourra servir de mesure de répit pour les parents.

L'utilisation d'une **colonie de vacances** peut également servir de mesure de répit et ainsi **prévenir un placement en famille d'accueil**.

La décision de placement est alors considérée comme une intervention qui enrichira la vie de l'enfant, ou du moins diminuera les risques d'une plus grande mésadaptation. Elle ne doit pas se concevoir uniquement comme un dernier recours, mais plutôt comme un outil adéquat permettant de prévenir la destruction complète des aspects sains d'une famille.¹⁷

Il n'est pas question ici d'élaborer en profondeur sur les critères d'un placement en famille d'accueil ni de présenter, de façon exhaustive, les indications et contre-indications au placement familial. Il nous apparaît cependant important de mentionner que la littérature est pauvre en critères concernant les indications du placement en fonction de l'enfant. Il est plutôt question de la relation dysfonctionnelle entre parents et enfants que de caractéristiques précises de l'enfant qui pourraient constituer un critère de placement.¹⁸

Il en est ainsi pour les caractéristiques du parent. «La plupart des auteurs tiennent davantage compte de la relation parent-enfant que des caractéristiques personnelles du parent ou de sa condition pathologique.»¹⁹

À ce sujet, Myriam David (1973) «établit **deux critères de placement en famille d'accueil** :

- l'intolérance des parents à la condition pathologique de l'enfant qui a pour effet de renforcer les problèmes de celui-ci;
- le caractère pathologique grave, fixé et non mobilisable des relations familiales».²⁰

Bourgault et De la Harpe (1988) font valoir une **contre-indication au placement familial**, relevée par tous les auteurs sur le placement d'enfant. Il s'agit de la structure de personnalité caractérielle ou psychopathique. L'indication d'une référence en centre de réadaptation est alors claire.²¹ L'institution est plus susceptible de limiter les agirs que ne l'est la famille d'accueil.

Parfois, c'est la thérapie individuelle qui est contre-indiquée pour un jeune placé en famille d'accueil, surtout s'il a connu plusieurs déplacements.

La thérapie individuelle de l'enfant et de l'adolescent peut également être contre-indiquée tant que le placement en famille d'accueil ou en centre de réadaptation n'a pas été stabilisé.

J.R. Wilkes (1992) élabore sur les **contre-indications à la thérapie individuelle des enfants placés en famille d'accueil**, trop souvent ballottés d'une famille d'accueil à l'autre. Il met en garde de considérer la thérapie individuelle de l'enfant comme une panacée. Il précise cinq raisons pour lesquelles la psychothérapie et la thérapie par le jeu peuvent ne pas se révéler utiles :

1. L'incapacité de l'enfant de nouer une relation thérapeutique;
2. Une répression excessive de l'affect;
3. L'absence de soutien;
4. L'incompréhension de l'enfant;
5. La confusion des rôles.²²

Steinhauer (1993) précise les différentes mises en garde à l'égard des demandes de **psychothérapie pour les jeunes placés en famille d'accueil**. Il insiste pour dire que la stabilité des conditions de vie du jeune placé doit être assurée avant de le référer à des professionnels de la santé mentale pour qu'ils soient traités.

Si un enfant est en détresse à cause de l'incertitude qu'il vit, la réponse à donner ici relève moins d'une psychothérapie que de la nécessité de le sortir du vide en instaurant un cadre et des mesures propres à lui apporter la sécurité dont il a besoin (...).

Non seulement le traitement peut-il ne pas aider, mais pire, il peut servir à détourner l'attention des questions réelles qui se posent, telles que sortir l'enfant du vide qu'il éprouve, ou encore, s'assurer que le milieu d'accueil comprend bien ses besoins et y répond adéquatement.

Qui plus est, en entreprenant une psychothérapie qui se termine par un échec (d'autant plus prévisible, en raison des résistances très fortes qui font partie du système défensif mis en place pour s'adapter), il faut voir que cet enfant aura été placé dans la situation de faire confiance à quelqu'un pour se retrouver abandonné une fois de plus.²³

Steinhauer (1993) nous soumet une vision plus approfondie que Wilkes (1992) des **critères pour entreprendre une psychothérapie avec des jeunes placés**. Ces critères permettent d'évaluer si le jeune placé est prêt à s'engager dans une psychothérapie individuelle. Les jeunes en placement ne devraient être pris en psychothérapie que s'ils rencontrent les conditions suivantes :

- a) *L'enfant a montré qu'il était capable d'engager au moins une bonne relation et de la maintenir même lorsque survient une frustration ou un conflit. Sans cette capacité, il est grandement improbable qu'il puisse former l'alliance thérapeutique qui est un pré-requis à une psychothérapie réussie, et/ou de la maintenir, une fois qu'il sera clair que la thérapie ne pourra lui apporter un soulagement rapide de ses conflits.*
- b) *L'enfant a montré, au moins à une occasion, sa capacité d'intérioriser - plutôt que d'agir immédiatement - un conflit ou une tension. Si tel n'est pas le cas, les tensions générées par la thérapie seront vraisemblablement agies dans d'autres lieux de sa vie, et par conséquent, elles nuiront à son placement - dont la continuité et la réussite offrent plus à l'enfant que la thérapie - ou encore, ces tensions se refléteront dans son comportement à l'école.*
- c) *L'enfant est capable d'apporter et d'élaborer dans la thérapie - verbalement ou par le jeu - quelques-uns des aspects majeurs de ses conflits. Il faut voir que ceci est impossible pour la plupart de ces enfants qui sont si effrayés par l'intensité de leurs propres émotions, ou encore, des réactions qu'ils pourraient provoquer chez les autres*

s'ils les exprimaient directement, de sorte que la répression et le retrait défensif qu'ils adoptent représentent pour eux des mécanismes essentiels à leur sécurité.

- d) *L'enfant n'attend pas de la psychothérapie qu'elle résolve les questions insolubles de sa réalité. Si telle est son attente, il finira inévitablement par se sentir désillusionné, et une fois de plus, abandonné. À moins qu'il ne puisse admettre, et quels que soient ses problèmes d'ordre réel, qu'il y contribue lui-même, ou encore qu'il doit trouver des moyens différents de faire face à une réalité qui est hors de son contrôle, sa thérapie est vouée à l'échec.*
- e) *L'enfant vit dans un foyer d'accueil qui appuie sa démarche en thérapie. Sauf pour de rares exceptions, la psychothérapie d'un enfant placé impliquera de traiter celui-ci dans le contexte de la famille d'accueil. Ceci peut vouloir dire des sessions conjointes avec la famille sur une base ponctuelle ou même permanente, sinon des rencontres occasionnelles du thérapeute avec les parents d'accueil et des contacts téléphoniques entre eux, mais surtout et au minimum, une attention constante et empathique de la part de la famille d'accueil tout au long de la thérapie de l'enfant.*

Toutefois, s'il existe des tensions ou des conflits entre parents et thérapeute, si le thérapeute cherche à «délivrer» l'enfant de ses parents d'accueil pour lesquels il n'éprouve ni sympathie ni respect, ou s'il permet à l'enfant de se dissocier de la volonté de ses parents, la thérapie ne servira, en minant le placement, qu'à mettre en danger sa continuité.

D'un autre côté, si les parents d'accueil sont fortement opposés à la thérapie ou s'ils refusent de collaborer avec le thérapeute, un engagement en thérapie est généralement contre-indiqué. Au contraire, plus la communication est ouverte entre les parents d'accueil et le thérapeute, plus la thérapie apparaît possible.

Par ailleurs, si dans les cours de traitement, celui-ci - ou la perception qu'en ont les parents d'accueil - devenait une menace pour le placement de l'enfant, c'est la continuité du placement, aussi longtemps qu'il est adéquat, qui doit avoir préséance, dans la mesure où il représente un apport premier et essentiel à la sécurité et au développement de l'enfant.

- f) *L'équipe d'intervention sociale doit être engagée par rapport au traitement, avant qu'un enfant placé ne soit pris en thérapie. Ceci veut dire qu'elle devrait être prête à accueillir le matériel apporté par le thérapeute et à lui permettre d'intervenir dans toute décision importante prise au sujet de l'enfant.*

Cela signifie aussi que si l'enfant, dans le cours de la thérapie, manquait des séances - comme le font fréquemment ces jeunes - une entente quant à la manière de procéder devrait avoir été prise entre le service social et le thérapeute, et ceci, avant le début du traitement, de façon à éviter que l'enfant ne soit abruptement retiré de la thérapie, soit parce que le service ne peut plus se permettre de payer des séances manquées, soit parce qu'il veut ainsi exercer une pression à l'égard d'un contrat dont il juge les conditions irréalistes.

Cela signifie enfin, advenant l'arrivée dans le cas d'un nouvel intervenant ou d'un superviseur qui voit peu d'utilité à la thérapie, que l'engagement contracté ne puisse être révoqué unilatéralement sans qu'au moins une consultation ait lieu auprès d'un professionnel neutre et expérimenté.

À moins que ces conditions ne soient rencontrées, le fait d'impliquer en psychothérapie un enfant placé lui fait courir le risque de souffrir un nouvel abandon et dans ce cas, par un adulte qui se réclamait de pouvoir l'aider (...).

En fait, ce dont les enfants placés ont le plus besoin n'est pas de psychothérapie individuelle mais d'une expérience émotionnelle correctrice, et celle-ci repose sur une planification rigoureuse faite par l'équipe d'intervention, de manière à déterminer si le choix du placement avec les parents naturels, adoptifs ou d'accueil, est celui qui convient le mieux aux besoins de l'enfant, ainsi que sur un suivi très étroit du placement pour en assurer la continuité.²⁴

Fournier et Laurendeau (1991) dans leurs réflexions cliniques sur le placement en pédopsychiatrie font état de l'évolution du type de clientèle en besoin de placement.

Actuellement, les familles pour lesquelles nous recommandons le retrait de l'enfant du milieu familial présentent des pathologies psychiatriques de plus en plus complexes et aiguës s'inscrivant à l'intérieur de dynamiques familiales pathogènes et instables.

De plus en plus, nous intervenons auprès de familles qui présentent des dynamiques de type fusionnel et symbiotique. Pour ces familles, le placement devient un outil thérapeutique qui permet une distanciation physique et favorise le processus de différenciation.²⁵

Ces mêmes cliniciennes font ressortir quelques éléments reliés à la réussite ou à l'échec d'un placement. Il s'agit de la capacité de la ressource de ne pas être introduite dans la dynamique familiale, c'est-à-dire dans la capacité de mettre une distance entre soi et l'autre. Elles soulignent également la nécessité, pour les intervenants, de se différencier et de se distancer en mettant en place une organisation qui favorise ce recul. Elles valorisent les consultations cliniques pour l'intervenant auprès de l'équipe multidisciplinaire afin de l'aider à ne pas se faire intégrer dans le système fusionnel.²⁶

9.7.2 Étapes d'un placement

Les démarches cliniques et administratives à suivre dans une **demande de placement** sont les suivantes:

- 1- **Réception** par le travailleur social de la demande de placement de la part du pédopsychiatre ou d'un autre professionnel de l'équipe multidisciplinaire.
ou
Demande de placement de la part du ou des parents.
ou
Proposition aux parents du placement de l'enfant ou de l'adolescent de la part du travailleur social.
- 2- **Évaluation** de la demande de placement et de la situation familiale par le travailleur social.
- 3- Présentation de la demande de placement par le travailleur social au Comité de placement des Centres Jeunesse Montérégie ou du CARDI (Centre d'accueil de réadaptation pour déficients intellectuels) et présentation de la **grille de cotation** afin de déterminer la prime à la famille d'accueil. Cette prime doit être révisée en cours de suivi, s'il y a placement.
- 4- **Discussion** avec le service des ressources des Centres Jeunesse Montérégie ou du CARDI pour le pairage ou jumelage de l'enfant ou de l'adolescent avec une famille d'accueil.
- 5- **Autorisation écrite**, si possible, des deux parents pour le placement. Visite pré-placement avec l'enfant ou l'adolescent accompagné de ses parents dans la famille d'accueil.
- 6- **Intégration** progressive ou immédiate de l'enfant ou de l'adolescent dans la famille d'accueil.
- 7- **Rapport** à l'intention de la famille d'accueil (RIFA). Ce rapport rédigé par le travailleur social et prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chap. 48) précise les objectifs d'intervention de la famille d'accueil à l'égard du jeune placé.
- 8- **Suivi** clinique de l'enfant ou de l'adolescent en famille d'accueil pendant le placement et maintien des contacts de ce dernier avec ses parents et poursuite de l'intervention psychosociale auprès de la famille.
- 9- **Fin** du placement et réintégration familiale selon le plan d'intervention, à moins que ce soit contre-indiqué.

Le travailleur social de la pédopsychiatrie demeure **responsable du suivi du placement** pendant la durée de l'intervention thérapeutique à la clinique externe. Dans les situations au cours desquelles le suivi thérapeutique serait terminé ou parfois contre-indiqué à poursuivre (dans les cas rapportés par Wilkes (1992) et Steinhauer (1993)) et que le placement doit se prolonger, le cas est alors transféré aux Centres Jeunesse de la Montérégie ou à un autre établissement.

À ce sujet, voir en annexe X le texte de la «Procédure concernant la prise en charge par les CPEJ de la situation d'enfants qui requièrent un placement ou un suivi en famille d'accueil à la demande d'autres établissements du réseau», diffusé par le CPEJ de la Montérégie le 13 mai 1993.

S'il s'agit d'un placement en centre de réadaptation, la demande de placement sera acceptée, si l'enfant ou l'adolescent fait la plupart du temps, au préalable, l'objet d'un signalement retenu et évalué par les Centres Jeunesse. Les démarches pour le placement en centre de réadaptation sont sensiblement les mêmes que pour un placement en famille d'accueil.

En conclusion, la spécificité de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie se caractérise par les aspects suivants: le contexte multidisciplinaire, l'intervention psychosociale auprès des parents, de la famille et de l'environnement social en raison des problématiques familiales et sociales, la prépondérance de la fonction clinique parmi les différentes activités professionnelles, les approches cliniques (privilégiant l'approche systémique) et leur conception de l'intervention (vision globale et implication de l'environnement familial et social), ainsi que le placement d'enfant ou d'adolescent qui se situe toujours dans un plan global d'intervention.

1. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Description d'emploi (juillet 1991), p. 1.
2. **CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU**, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 13, p. 19 et p. 31.
3. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**, ministère de la Santé et des Services sociaux, Manuel de gestion financière : Normes et pratiques de gestion, tome 1, Vol. 01, chap. 04 (93.04.01), p. 134.8.
4. Jacqueline **MARTINEZ**, op. cit., p. 44.
5. Ibid., p. 20.
6. Ibid., p. 21.
7. Mathilde **DU RANQUET**, Les approches en service social : intervention auprès des personnes et des familles (Edisem, 1981), p. 19.
8. Ibid., pp. 19-20.
9. Ibid., p. 20.
10. Ibid.
11. Ibid.
12. Karl **POPPER**, Conjectures et réputations (Paris, Payot, 1985), cité dans Michel **DORAIS**, Tous les hommes le font; parcours de la sexualité masculine (Montréal, VLB éditeur et Le Jour, 1991), p. 220.
13. Mathilde **DU RANQUET**, op. cit., p. 21.
14. Ibid., pp. 21-22.
15. Ibid., p. 22.

16. Mathilde **DU RANQUET**, op. cit., p. 333.
17. Denise **BOURGAULT** et Françoise **DE LA HARPE**, L'enfant en famille d'accueil (St-Hyacinthe, Edisem, 1988), p. 83.
18. Ibid., p. 36.
19. Ibid., p. 47.
20. Myriam **DAVID**, Le centre familial d'action thérapeutique : placement familial spécialisé du Centre de santé mentale du 13e arrondissement dans Réadaptation, 206 (1973), pp. 196-205, cité dans D. **BOURGAULT** et F. **DE LA HARPE**, op. cit., pp. 47-48.
21. Denise **BOURGAULT** et Françoise **DE LA HARPE**, op. cit., p. 83.
22. J.R. **WILKES**, Les enfants ballottés : Comment améliorer le sort des enfants placés à l'extérieur du milieu familial, dans Santé mentale au Canada, vol. 40, no 2, juin 1992, p. 4.
23. Paul **STEINHAUER**, Le rôle des professionnels de la santé mentale auprès des enfants confiés aux services sociaux dans PRISME, vol. 3, no 4 (automne 1993), p. 532.
24. Ibid., pp. 533-535.
25. Anita **FOURNIER** et Francine **LAURENDEAU**, Réflexions cliniques sur le placement en pédopsychiatrie, dans Intervention no 87 (janvier 1991), p. 29.
26. Ibid., pp. 30-31.

Pour que ce modèle d'intervention puisse atteindre sa pleine efficacité, **les conditions suivantes devraient idéalement demeurer en place:**

- 1- Assurer le **maintien, la continuité et la gestion** du programme transféré de même que les fonctions, les activités et les clientèles cibles qui y sont rattachées.
- 2- Exiger que tout nouveau professionnel dans le service ait la **formation universitaire de base** en service social pour être en mesure d'appliquer le modèle d'intervention et adhère, à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) et de préférence, à l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ).
- 3- Assurer que les travailleurs sociaux soient **regroupés** en un service social unifié à l'intérieur du centre hospitalier.
- 4- Assurer aux travailleurs sociaux, un **encadrement professionnel** par un professionnel ayant une formation en service social et préférentiellement membre de l'OPTSQ et de l'APSSMSQ.
- 5- **Relever du directeur** des services professionnels du centre hospitalier.
- 6- Viser un **ratio d'encadrement** équitable et fonctionnel se situant autour de 1/8 à 12.
- 7- Assurer une **fonction régionale** du service social hospitalier.
- 8- Assurer un **lien fonctionnel** entre le service social unifié et la fonction régionale.
- 9- Assurer une **charge de travail** adéquate de 18 à 24 cas par période.
- 10- Assurer le **maintien des regroupements professionnels** des travailleurs sociaux entre les centres hospitaliers de la Montérégie en poursuivant les acquis actuels de sept jours annuels de développement professionnel.
- 11- Avoir accès à un **centre de documentation** qui favorise la formation continue et le développement professionnel.

12- Avoir un **budget indexé** pour la participation à des congrès, colloques, etc.

13- Avoir accès aux services d'un **Contentieux**.

Pour que la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie demeure bien vivante et continue d'évoluer pour répondre aux défis que posent les nouvelles problématiques sociales, il est nécessaire que les professionnels puissent avoir accès à une **formation continue** ainsi qu'à de la **supervision clinique et à de la consultation**.

À ce sujet, le Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier de la CPTSQ (1994) est très explicite. Nous avons cru pertinent de citer le texte traitant de ces aspects pour l'inclure dans les conditions favorisant l'application du modèle d'intervention.

1. Développement professionnel du travailleur social

L'évolution constante et rapide de notre société, le développement des connaissances dans le secteur de la santé, l'apparition de nouvelles maladies, la mise en place de nouvelles technologies ont un impact sur la pratique du travailleur social. Aussi il doit tenir ses connaissances professionnelles à jour et prendre un certain recul à la fois intellectuel et émotionnel face à ses activités quotidiennes.

Afin d'accroître et de maintenir la qualité de sa compétence, le travailleur social a besoin d'activités professionnelles diversifiées, telles la supervision, la consultation, la formation continue et le perfectionnement.

2. La supervision et la consultation : conditions minimales requises

En début de pratique, le travailleur social doit pouvoir bénéficier des avantages d'une supervision régulière. Le travailleur social expérimenté doit avoir accès à de la consultation en tout temps.

La supervision et la consultation doivent être dispensées par un travailleur social reconnu pour sa compétence. Enfin le travailleur social doit pouvoir recevoir ou dispenser de la supervision ou de la consultation dans le cadre de ses fonctions au centre hospitalier.

3. La formation et le perfectionnement

Le travailleur social est responsable de son propre développement professionnel: il doit identifier ses besoins et démontrer de l'intérêt face aux connaissances nouvelles.

Le travailleur social doit bénéficier de conditions de travail lui permettant d'avoir accès à la formation offerte à l'intérieur et à l'extérieur du centre hospitalier.

Le travailleur social doit aussi pouvoir participer à la formation continue offerte par sa corporation professionnelle, dans le but de consolider ses compétences et mettre à jour ses connaissances.

Le colloque annuel et les activités professionnelles régionales sont d'autres occasions pour le travailleur social de se ressourcer. Il peut également bénéficier des services aux membres offerts par la Corporation, tels la consultation et les avis sur les questions déontologiques.

1. CPTSQ, Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, p. 6.

Le modèle d'intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie se veut un outil de base à tout professionnel dans le service concernant les problématiques qu'il rencontre et les interventions psychosociales qu'il a à faire. Ce document fournit un cadre et un guide à ceux qui l'utiliseront. Tout au long du texte, nous faisons ressortir les valeurs professionnelles qui sous-tendent la pratique sociale en pédopsychiatrie. Cette pratique professionnelle est située dans un cadre théorique, dans un cadre légal et un contexte organisationnel que nous avons précisés. La clientèle est bien définie. Le processus de l'intervention abondamment décrit, fait ressortir la spécificité de la pratique des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie en Montérégie.

Il sera nécessaire d'adapter et d'améliorer ce modèle à la lumière des expériences qui développeront les connaissances et les habiletés d'intervention. Il devra s'adapter à l'évolution de la législation en matière sociale; par exemple, la Réforme des services de santé et services sociaux et le Virage Santé Bien-être du gouvernement. Néanmoins, il fait le point actuellement sur la pratique professionnelle dans ce champ d'intervention et à ce titre, il mérite qu'on favorise la mise en place des conditions nécessaires à son application qui ont été élaborées au dernier chapitre.

Enfin, nous souhaitons jeter un regard sur l'avenir. Depuis le 1^{er} avril 1993, les travailleurs sociaux sont des employés des centres hospitaliers. Auparavant leur employeur était le centre de services sociaux régional qui offrait leurs services par entente de services aux centres hospitaliers.

Au niveau du contexte organisationnel du travail, ce transfert de personnel met fin au phénomène de double appartenance dont il a été question dans ce modèle d'intervention. Tout comme avant, ils sont néanmoins confrontés aux contradictions, aux tiraillements et aux enjeux inhérents à la pratique sociale dans un contexte hospitalier. Malgré leur appartenance à part entière au centre hospitalier, les travailleurs sociaux doivent développer leur créativité pour conjuguer avec le modèle social dans un monde médical et actualiser la mission psychosociale de leur centre hospitalier. Ils demeurent donc d'une certaine façon dans un paradoxe. Ils doivent défendre les besoins sociaux de la clientèle qui s'adresse au centre hospitalier, lequel donne priorité au modèle médical et aux services de santé. Ils doivent concilier les impératifs venant des valeurs de la profession du service social avec ceux du contexte organisationnel. Nous espérons que ce modèle d'intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie en Montérégie les aidera à asseoir solidement le modèle social à côté et en collaboration avec le modèle médical.

Livres et documents

ANDOLFI, Maurizio. La thérapie avec la famille. Paris, Éditions ESF, 1982. 174p.

ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX. Code de déontologie en service social. Ottawa, 1^{er} janvier 1994. 24p.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. Un parti pris pour la famille : Quelques repères pour l'intervention sociale auprès des parents et des jeunes en difficulté. Juin 1992. 33p.

BADINTER, Elizabeth, XY de l'identité masculine. Paris, Éditions Odile Jacob, 1992. 314p.

BENOÎT J. C. et collaborateurs. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. Paris, ESF, 1988. 570p.

BOURGAULT, Denise et DE LA HARPE, Françoise. L'enfant en famille d'accueil. St-Hyacinthe, Edisem, 1988. 120p.

BRADSHAW John. La famille, une méthode révolutionnaire pour se découvrir, traduction de l'américain de Bradshaw on : The Family. 1988, par Jean-Robert Saucyer, version française. Laval, Éditions Modus-Vivendi, 1992. 344p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Comité sur les conditions de transfert du programme «Services sociaux hospitaliers». Rapport d'étape. 22 mai 1992. 39p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Conditions de transfert du programme de services sociaux en milieu hospitalier. 16 juin 1992. 32p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Description d'emploi. Juillet 1991. 3p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Info-dossier: Les services sociaux hospitaliers: des services au coeur du réseau. Longueuil, janvier 1990. 24p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Programme de services sociaux en milieu hospitalier. Mars 1985. 44p.

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU. Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier. Entériné en 1987, et révisé en mars 1993. 33p.

CHAMPAGNE-GILBERT, Maurice. La famille et l'homme à délivrer du pouvoir. Ottawa, Éditions Léméac, 1980. 415p.

CODE DES PROFESSIONS. Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux. LRQ, c. C-26, a-94, par. c et d.

CONSEIL RÉGIONAL SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. Plan régional d'organisation de services en santé mentale en Montérégie. 1991. 219p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. Code de déontologie des travailleurs sociaux. C-26, r. 180, mis à jour au 20 octobre 1992 et au 17 janvier 1995. 6p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en CLSC. Mai 1992. 12p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Mars 1994. 8p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux. Montréal, mai 1986. 16p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC et **ASSOCIATION DES PRATICIENS DE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTÉ DU QUÉBEC.** Responsabilité professionnelle et autonomie des travailleurs sociaux en milieu de santé du Québec. Mai 1983. 59p.

CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. L'acteur et le système. Paris, Éditions du Seuil, 1977. 437p.

Dictionnaire de notre temps. Hachette, 1989. 1 714p.

DORAIS, Michel. Tous les hommes le font : parcours de la sexualité masculine. Montréal, VLB éditeur et Le Jour, 1991. 247p.

DU RANQUET, Mathilde. Les approches en service social : intervention auprès des personnes et des familles. Edisem, 1981. 351p.

ELKAÏM, Mony. Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie. Paris, Editions du Seuil, 1989. 185p.

ELKAÏM. Quelques points à propos d'auto-référence et de thérapie familiale cité dans **ELKAÏM, Mony** (sous la direction de). La thérapie familiale en changement. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1994. 226p.

GOVERNEMENT DU CANADA, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre. 1988. 23p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. La Loi de la protection de la santé publique. LRQ. P-35. 1^{er} janvier 1994.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chapitre 48. 1971.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Loi 120. 1991.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. RRQ, c. S-5, r. 3.01, Section II, article 25. 7 novembre 1991.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. Programme de consultation d'experts. Dossier «santé mentale». Octobre 1986. 103p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. La Politique de la santé et du bien-être. 1992. 192p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Politique de santé mentale. 1989. 62p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Pour une réflexion sur la santé mentale : la santé mentale, à nous de décider. 1985. 59p.

149

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Rapport du groupe de travail pour les jeunes : Un Québec fou de ses enfants. (Rapport Bouchard) Québec, 1991. 179p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE. La santé mentale des enfants et des adolescents: Vers une approche globale. Québec, 1985. 251p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Normes et pratiques de gestion dans Manuel de gestion financière. Tome I, vol. .01, chapitre 04, p. 134.8, mise en vigueur le 93.04.01.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Réforme-Action. Vol. 1, No 1 (Février-mars 1993). 8p.

HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC. Faits saillants. Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. 1993. 25p.

LACROIX, Jean-Luc. L'individu, sa famille et son réseau : les thérapies familiales systémiques. Paris, ESF, 1990. 191p.

Le Petit Larousse Illustré. Librairie Larousse, 1992. 1 720p.

MARTINEZ, Jacqueline. Un profil de la clientèle et des services sociaux aux cliniques de pédopsychiatrie sur le territoire de la Montérégie. CSS Richelieu, mars 1983. 120p.

MORVAL, Monique V.G. Psychologie de la famille. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1985. 168p.

O'HANLON, William Hudson et WEINER-DAVIS, Michele. In search of solutions. A new direction in psychotherapy. New York, Norton, 1989. 191p.

ONNIS, Luigi. L'institution comme système : une perspective auto-référentielle à partir de la crise de l'intervenant dans PLUYMAEKERS, Jacques et autres. Familles, institutions et approche systémique. Paris, Éditions ESF, 1989. 207p.

ORGOGOZO, Isabelle. Les paradoxes de la qualité. Paris, Éditions d'Organisation, 1987. 158p.

VON BERTALANFFY, Ludwig. Théorie générale des systèmes. Paris, Dunod, 1972. 296p.

Articles

BILODEAU, Victor. Fonctions des interventions psychosociales en établissement de santé. Adaptation d'un tableau paru dans Le CSS Richelieu : un établissement régional de protection sociale. 92.02.28. Pp. 10-11.

CHAMPAGNE, Céline et collaborateurs. Profil des parents qui consultent le service social en pédopsychiatrie, dans Intervention. No 99 (octobre 1994). Pp. 38-48.

FOURNIER, Anita et LAURENDEAU, Francine. Réflexions cliniques sur le placement en pédopsychiatrie, dans Intervention. No 87 (janvier 1991). Pp. 24-32.

GOSSELIN, Jean. Pour que la conviction transcende l'obligation..., dans Intervention. No 98 (juin 1994). Pp. 18-25.

LAGEIX, Philippe et GRAVEL, Christiane. Comorbidité, évaluations, traitements à la Clinique des enfants hyperactifs. Montréal, Clinique des enfants hyperactifs, Hôpital Rivière-des-Prairies, texte inédit, remis lors d'une conférence scientifique à l'Hôpital Charles LeMoine, 11 mars 1993. 29p.

LAUFER, J. et GORDON, E. La dynamique des systèmes : un modèle sur la toxicomanie, dans Thérapie familiale. Vol. 11, No 1. Genève (1989). Pp. 191-220.

LEBEL, A. et SMOLLA, N. Facteurs d'abandon du traitement pédopsychiatrique par les familles défavorisées, dans P.R.I.S.M.E. Vol. 4, No 1 (hiver 1994). Pp. 90-102.

MCLEAN, Michael. Où en sommes-nous en santé mentale jeunesse?, dans Info-dossier: Les services sociaux hospitaliers : des services au coeur du réseau. Longueuil (1990). Pp. 22-23.

NÉLISSE, Claude et URIBÉ, Isabelle. Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public, dans Santé mentale au Québec. XVII, No 2 (1992). Pp. 265-284.

PAUZÉ, Robert et ROY Linda. Hypothèse initiale : tentative d'un ancrage dans le flot turbulent des événements dans PLUYMAEKERS et autres. Familles, institutions et approche systémique. Paris, Éditions ESF, 1989. Pp. 132-147.

PINARD, Pierre. Ce qui est propre au service social. Document de travail du CSSCQ (92.07.28), remis lors d'une conférence à Longueuil le 8 juin 1993, dans le cadre de l'Assemblée annuelle des travailleurs sociaux du chapitre régional de la Montérégie. 7p.

RONDEAU, Gilles. L'état actuel des connaissances et des pratiques en service social. Allocution d'ouverture au Colloque de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, tenu à Québec les 28 et 29 avril 1989 et rapporté dans le Bulletin de Nouvelles publié par la CPTSQ. No 35 (juin-juillet 1989). Pp. 3-8.

SENÉCAL-BROOKS, Francine. Les regroupements professionnels, un outil démocratique de développement qui se heurte aux forces homéostatiques, dans Service social. Vol. 40, No 2 (1991). Pp. 77-78.

STEINHAUER, Paul. Le rôle des professionnels de la santé mentale auprès des enfants confiés aux services sociaux, dans P.R.I.S.M.E. Vol. 3, No 4 (automne 1993). Pp. 529-541.

VAN CALOEN, Benoît et LABRIE, Diane. Compétences des familles, compétences de l'intervenant : nouvelles stratégies de traitement en toxicomanie dans Intervention. No 93 (octobre 1992). Pp. 28-36.

WILKES, J.R. Les enfants ballottés : Comment améliorer le sort des enfants placés à l'extérieur du milieu familial, dans Santé mentale au Canada. Vol. 40, No 2, (juin 1992). Pp. 2-6.

ANNEXES

CONDITIONS DE TRANSFERT

1

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX RICHELIEU

CONDITIONS DE TRANSFERT
DU PROGRAMME "SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS"

16 juin 1992

N/Réf.: 60 05 01

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
PREAMBULE	1
PRINCIPES DIRECTEURS	3
1. Principes directeurs concernant l'usager	3
2. Principes directeurs concernant le personnel	4
3. Principes directeurs concernant le programme	6
4. Principes directeurs organisationnels	7
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS	9
1. Fonction régionale à la régie	10
2. Fonction du service unifié de services sociaux hospitaliers	12
SCENARIO ORGANISATIONNEL	14
1. Présentation d'une hypothèse de scénario	15
2. Avantages	17
3. Inconvénients	19
4. Conclusion	19
AUTRES RECOMMANDATIONS	20
1. Budget protégé	20
2. Vie associative	20
3. Regroupement de programmes	21
4. Mobilité du personnel	21

Le législateur reconnaît ainsi les aspects psychosociaux de la maladie. Il reconnaît donc l'importance de l'expertise des intervenants sociaux dans le traitement des problèmes de santé.

D'une part, le service social comme profession adhère à certaines valeurs et à un code de déontologie qui colore l'intervention aussi bien en milieu hospitalier que dans d'autres secteurs d'activités (autodétermination, respect des droits des individus, dignité...).

D'autre part, rappelons que le programme des services sociaux en milieu hospitalier dans une vision de santé globale vise:

"l'adaptation optimale de l'individu à sa situation créée par la maladie ou le traumatisme en agissant directement sur les facteurs psychosociaux et environnementaux"(3).

Le respect de cet objectif appelle certains PRINCIPES DIRECTEURS devant guider toute action du CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (future régie régionale) et des centres hospitaliers concernés dans le processus d'organisation des services et l'accueil des ressources exigées par l'implantation de la réforme. Principes qui devront continuer à guider l'activité des services sociaux au sein des centres hospitaliers.

L'actualisation de la réforme devra se développer dans son ensemble, à partir des acquis des dernières années et continuer à améliorer la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Cela sans perdre de vue l'extraordinaire complexité de la réalité sociale et du contexte organisationnel dans laquelle elle s'inscrit.

IL EST DONC PRIMORDIAL QUE LES ORGANISMES RECEVEURS RECONNAISSENT CETTE NOUVELLE RESPONSABILITE DIRECTE, LIEE A LA MISSION SOCIALE QUE LA LOI LEUR CONFERE.

(3) Programme des services sociaux en milieu hospitalier, Centre de services sociaux Richelieu, Mai 1985.

PRINCIPES DIRECTEURS

1. PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT L'USAGER

- La raison d'être des services doit toujours être la PERSONNE qui les requiert y compris les personnes les plus vulnérables et les plus démunies de notre société. C'est le bien-être de ces personnes qui est visé et qui, ultimement, justifie et donne la mesure d'un système public de santé et de services sociaux.
- Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit.
- L'usager doit être traité avec équité, dans le respect de son individualité, de son potentiel d'autonomie et de ses besoins, tout en l'amenant à se mobiliser comme individu; la famille doit être associée à son traitement si nécessaire ainsi qu'aidée et mobilisée en vue de la réadaptation optimale.
- Le droit à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à la complémentarité des services pour l'usager et sa famille.
- Le droit à l'information sur les services et les ressources disponibles dans son milieu ainsi que les modalités d'accès à ceux-ci.
- Le droit d'être informé sur les soins et services sociaux qu'il nécessite et le maintien de sa participation à son plan de service individualisé (PSI).

- Le droit à un consentement éclairé, à son consentement aux soins et à sa participation aux décisions dont son plan de service individualisé (ex.: demandes d'hébergement, Curatelle).
- Le droit à l'assistance d'un personnel qualifié pour l'aider à comprendre un renseignement le concernant tant de nature sociale que médicale.
- Le droit de recevoir des services appropriés et efficaces sur les plans à la fois médical, humain et social et ce, de façon personnalisée en lien avec les causes et conséquences de la maladie.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel il désire recevoir des services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.
- Le droit au maintien dans un milieu de vie naturel ou, à défaut, dans le milieu de vie le plus adapté à ses besoins.

2. PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT LE PERSONNEL

Pour correspondre à la spécialisation du monde médical, les services sociaux hospitaliers en sont arrivés à maîtriser un ensemble de connaissances générales et spécialisées. C'est à partir de cette expertise que l'intervenant agit auprès de la personne et de son entourage et ce, à toutes les étapes de la vie.

Afin de préserver la spécificité professionnelle de leur intervention, tous les praticiens oeuvrant en milieu hospitalier doivent pouvoir compter sur un encadrement adéquat, relevant d'un gestionnaire ayant une formation en service social pouvant offrir de la supervision, de la consultation

professionnelle ainsi qu'un support administratif approprié en conformité avec les normes du Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux⁽⁴⁾ et le guide d'implantation du Ministère.

Pour ce faire, nous retenons les principes suivants:

- La reconnaissance de L'ACTE PROFESSIONNEL du praticien en service social et de son code de déontologie tel que défini par la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.
- La mise en place des conditions essentielles au maintien et au développement des expertises propres aux services sociaux spécialisés.
- La reconnaissance des rôles et fonctions spécifique au service social.
- La planification de l'accroissement des ressources humaines.
- L'assurance de la valorisation et de la motivation du personnel ainsi que de son évaluation dans une perspective de développement.
- L'accessibilité et la reconnaissance de l'importance d'une formation professionnelle continue et de ressourcement, par le maintien entre autres:
 - . de la possibilité d'échanges professionnels pour soutenir une qualité de services et éviter l'isolement professionnel par une mise en commun des expertises et le support mutuel (ex.: regroupement professionnel),
 - . de l'accès à des instruments supports à l'instar du centre de documentation du Centre de services sociaux Richelieu.

(4) cf. annexe III. Normes du Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux concernant les services sociaux en milieu hospitalier.

3. PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT LE PROGRAMME

On reconnaît que l'exercice du service social en milieu hospitalier est une PRATIQUE SPECIALISEE fondée sur des connaissances psychosociales reliées à la santé et des habiletés au travail multidisciplinaire.

Les services sociaux en milieu hospitalier s'adressent avant tout aux bénéficiaires du centre hospitalier, auxquels s'ajoutent les membres de l'entourage concernés par ces problèmes psychosociaux.

Le programme de service social doit apporter par le biais de ses actions un éclairage psychosocial auprès des équipes de professionnels de la santé ainsi qu'auprès de la structure organisationnelle du centre hospitalier.

Le programme doit poursuivre les objectifs généraux suivants:

- l'accessibilité à des services psychosociaux dans un délai minimum, compte tenu des ressources, répondant aux besoins fondamentaux des usagers et tenant compte des particularités géographiques, linguistiques et socio-culturelles;
- l'adéquation entre les besoins, les attentes des personnes et les services rendus;
- la continuité des services;
- l'assurance de la qualité des services;
- la personnalisation des services;

- la concertation avec les différents collaborateurs internes et externes au centre hospitalier;
- la vue d'ensemble des besoins des clientèles, y compris celles ayant des besoins particuliers (ex.: santé mentale, gériatrie...), du mouvement des bénéficiaires, des besoins de développement;
- la conciliation des objectifs du programme des services sociaux hospitaliers et des programmes de santé;
- l'évaluation des services et l'établissement des priorités pour, notamment, des fins d'organisation et de développements futurs;
- Le traitement efficace et rapide des plaintes.

4. PRINCIPES DIRECTEURS ORGANISATIONNELS

La nouvelle mission donne aux centres hospitaliers la responsabilité d'accorder toute l'importance requise aux facteurs psychosociaux.

Dans cette optique, il devient primordial que lors de l'intégration des services sociaux dans leur organisation, les centres hospitaliers privilégient une structure permettant au maximum la réalisation des objectifs poursuivis par la réforme.

Pour ce faire, ils devront être attentifs à différents aspects qui seront à court et à long terme garants de services de qualité à l'utilisateur et qui vont dans le sens des normes du Conseil canadien de l'agrément. Ces dernières indiquent clairement que l'utilisateur doit avoir accès aux services sociaux nécessaires pour faciliter son adaptation aux conséquences sociales et émotionnelles de la maladie.

Les PRINCIPES DIRECTEURS suivants sont le reflet de notre démarche d'analyse, inspirés par l'ensemble des documents et paramètres émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la réforme. Ces derniers doivent appuyer toute proposition de structure.

- . Assurer le maintien, la continuité et la gestion du programme transféré de même que les fonctions, les activités et les clientèles cibles qui y sont rattachées.
- . Assurer que les intervenants sociaux soient regroupés en un SERVICE SOCIAL UNIFIÉ.
- . Assurer aux intervenants un encadrement professionnel et administratif par un professionnel ayant une formation en service social.
- . Relever du directeur des services professionnels.
- . Viser un ratio d'encadrement équitable et fonctionnel se situant autour de 1/8 à 12.
- . Assurer une fonction régionale.
- . Assurer un lien fonctionnel entre le service social unifié et la fonction régionale.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS

Le modèle d'organisation devrait respecter la préoccupation du Ministère quant à une représentation adéquate de notre mission aux différents paliers décisionnels, de laquelle dépend notamment:

- . la qualité des services à la clientèle,
- . leur uniformité et congruence,
- . leur adéquation et efficience,
- . l'assurance d'un plan de développement des ressources humaines concerté et équitable.

A cette fin, dans le cadre des objectifs de la réforme, nous croyons essentiel que soient retenues une fonction régionale ainsi qu'une organisation locale unifiée pour assurer les acquis professionnels et leur développements futurs.

Niveau régional

Fonction de planification, de coordination et d'évaluation du programme de service social en milieu hospitalier reliée à la Régie régionale.

Niveau local

Organisation d'un service social unifié relevant du directeur des services professionnels de chaque centre hospitalier avec ententes inter-centres hospitaliers si nécessaire, afin d'assurer la prestation des services et l'encadrement professionnel.

EN CONSEQUENCE, IL EST RECOMMANDE DE TRANSFERER A LA REGIE LA FONCTION ACTUELLE DE CONSEILLER EN PLANIFICATION ET PROGRAMMATION.

1. FONCTION REGIONALE A LA REGIE

La fonction régionale au CENTRE DE SERVICES SOCIAUX a fait ses preuves et elle demeure primordiale dans la nouvelle mission des centres hospitaliers. Il est impérieux d'assurer une reconnaissance de cette fonction. Cette dernière aura un rôle pivot au plan régional dans la mise en oeuvre de services sociaux adaptés aux besoins des clientèles des centres hospitaliers.

Voici les principales contributions de cette fonction régionale:

- assurer une conciliation et un équilibre entre les objectifs de santé et les objectifs sociaux;
- assurer l'élaboration des programmes de services sociaux hospitaliers et leur évaluation en lien avec les plans régionaux d'organisation de services (PROS);
- assurer le maintien des mécanismes de concertation inter-centres hospitaliers, par des activités de regroupement des intervenants et des gestionnaires, visant:
 - . le partage d'expertises professionnelles et administratives, ainsi que leur développement (ex.: groupes d'information et de support aux familles de bénéficiaires en soins prolongés, protocole bébés à risques, comité d'éthique);
 - . l'échange sur les programmes, les politiques et procédures, les normes de pratique;
 - . le support aux intervenants (ex.: consultation, formation, ressourcement, regroupement professionnel);
 - . le développement de l'autonomie professionnelle;
 - . l'étude des problématiques sociales et la formulation de recommandations spécifiques aux services sociaux hospitaliers (ex.: sida, désengorgement des urgences, auberge psychiatrique);

- contribuer à l'identification des besoins de formation et en promouvoir les programmes;
- participer à l'établissement de protocoles afin d'assurer la complémentarité des services;
- contribuer à la reconnaissance et à la promotion des services sociaux hospitaliers, compte tenu de l'importance des dimensions psychosociales dans la résolution des problèmes de santé;
- assurer la représentation régionale nécessaire, notamment pour la planification des programmes et des effectifs;
- assurer la mise à jour du plan de développement des effectifs;
- voir à encourager le partenariat;
- assurer la présence des services sociaux hospitaliers dans l'élaboration des projets des centres hospitaliers (ex.: traumatologie);
- assurer la circulation de l'information et de l'expertise par l'existence entre autres:
 - . d'un centre de documentation;
 - . d'une banque de données sur la nature des services et les besoins psychosociaux;
- analyser les problématiques sociales afin d'identifier les besoins de services. A l'occasion faire certaines recherches sociales;
- etc.

2. FONCTION DU SERVICE UNIFIÉ DE SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS

Nous recommandons la constitution d'un service unifié de services sociaux, par centre hospitalier, relevant du directeur des services professionnels avec un encadrement spécifique en service social. Lorsque dans certains centres hospitaliers le nombre de praticiens ne justifie pas un poste d'encadrement, des ententes inter-centres hospitaliers devraient combler cette lacune.

Considérant notamment les fonctions dévolues par la loi aux directeurs des services professionnels, nous estimons qu'il y a indication de rattachement à cette direction.

Ce modèle d'organisation de service unifié, par opposition à un modèle éclaté, permettrait de répondre notamment:

- à l'évaluation périodique de l'efficacité et de l'adéquation des programmes de services ainsi que l'évaluation et le développement du personnel;
- à la cohésion et la motivation du personnel;
- au développement d'une vue d'ensemble des besoins en services psychosociaux;
- à la représentation et à la visibilité du service;
- à la planification de la distribution des effectifs et de leur remplacement (ex.: vacances, maladie);
- à l'établissement et à l'application des politiques, procédures, normes et standards de pratique;
- à une uniformité organisationnelle des services sociaux dans chaque centre hospitalier;

- à l'établissement de rapports fonctionnels de coordination avec l'ensemble des chefs de département du centre hospitalier;
- à la participation, planification et coordination des plans de sortie de l'utilisateur;
- à l'organisation de stages en service social (en lien avec les universités);
- aux normes du Conseil canadien de l'agrément;
- à la coordination de dossiers (ex.: Curatelle);
- à la concertation avec le milieu (foyers privés, organismes communautaires, centres locaux de services communautaires et autres établissements);
- aux besoins de liaison avec les systèmes d'orientation et d'admission (ex.: ressources d'hébergement);
- à la concertation au niveau de l'élaboration des nouveaux programmes (ex.: T.C.C., hémodialyse, désinstitutionnalisation, psychogériatrie);
- à la participation à l'enseignement et la recherche sociale.

Un modèle unifié favorise la motivation, le dynamisme et la cohésion du groupe de professionnels. Il permet, d'autre part, une diffusion de l'expertise. Cette structure est garante d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité de service.

SCENARIO ORGANISATIONNEL

Nous avons élaboré une structure (Scénario I) qui tient compte de divers facteurs et acteurs qui sont, entre autres, les centres hospitaliers, les ressources humaines, les particularités géographiques et régions administratives.

L'opérationnalisation de la réforme doit se faire en fonction de l'utilisateur et des ressources humaines, en accord avec la mission et la philosophie de chaque centre hospitalier, tout en garantissant les conditions intrinsèques aux services sociaux à l'intérieur de la structure hospitalière afin qu'ils contribuent de façon spécifique à l'approche globale des services de santé requis. Dans cet esprit, l'analyse du modèle a été faite de façon rigoureuse en conformité avec les énoncés de la réforme.

Le futur modèle organisationnel devrait pouvoir s'élaborer en collaboration avec l'ensemble des centres hospitaliers, compte tenu des différentes réalités.

Aux fins d'analyse, nous retrouvons en annexe I la distribution actuelle des effectifs sociaux et des postes cadres au prorata des effectifs par centre hospitalier (tableau II). Nous considérons également en annexe II certains autres scénarios.

1. PRESENTATION D'UNE HYPOTHESE DE SCENARIO

Nous allons donc regarder ici le scénario⁽⁵⁾ que nous proposons dans un premier temps (tableau I). Selon cette hypothèse, certains hôpitaux, grâce à une concertation inter-établissements⁽⁶⁾ ou par désignation de la future Régie régionale, seront amenés à convenir d'ententes contractuelles permettant d'organiser un service social unifié fonctionnel.

Ce canevas tient compte de la conjoncture, respecte particulièrement les prémisses de base énoncées qui tendent, entre autres, à éviter le démantèlement des services sociaux hospitaliers et à préserver les acquis professionnels.

La structure proposée utilise au maximum les moyens et ressources disponibles. Elle assure également l'encadrement nécessaire dans certains hôpitaux par l'introduction de la notion de gestion à temps partagé pour le cadre (une fonction de gestion et une fonction clinique). Dans les plus petits hôpitaux, où cette solution ne peut être retenue, nous suggérons des ententes de service inter-centres hospitaliers. Ces moyens permettent d'atteindre l'objectif d'un service social unifié dans chaque centre hospitalier.

Considérant que tous les cadres sont titulaires de postes, compte-tenu qu'on ne peut fractionner les personnes, nous avons privilégié la distribution de ces postes aux centres hospitaliers qui ont le plus d'effectifs sociaux dans chaque sous-région.

(5) Notons que ce scénario pourrait nous amener éventuellement à un modèle qui se rapproche de ceux détaillés en annexe II (tableau III et IV).

(6) Le Ministère précise à cet effet dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux; L.Q., c. 42 (article 108) que des regroupements inter-centres hospitaliers pourraient être envisagés. Ce principe est réaffirmé dans le guide d'implantation du Ministère (page 14, dernier paragraphe).

TABLEAU I

SCENARIO I : DISTRIBUTION DU PERSONNEL AVEC SERVICE SOCIAL UNIFIÉ ET POSSIBILITÉ D'ENTENTES DE SERVICE INTER-CH
ENTRE LES MOYENS ET PLUS PETITS HOPITAUX AU NIVEAU DE L'ENCADREMENT

Centres hospitaliers de courte durée:

Sous-régions administratives de la Région	Centre hospitalier	Postes réguliers (ARH - TAS)			Postes supplémentaires			Total postes intervenants	Postes cadres	Ratio d'encadrement	Proposition privilégiée d'un service social unifié (1)
		S. phys.	S.M.J.	S.M.A.	S. phys.	S.M.J.	S.M.A.				
LONGUEUIL	271 CH Charles-Lemoyne (CHLM)	5.5	4	5.6	2			17.1	1	1/17.1	Encadrement à temps complet (2)
	272 CH Pierre-Boucher (CHPB)	3.5		2.5				6	1 (4)	1/6	Encadrement à temps complet ou partagé gestion/clinique Ententes possibles avec un autre CH
ST-HYACINTHE	371 CH Honoré-Mercier (CHHM)	3.1	1	2	1		1	8.1	1	1/8.1	Encadrement à temps complet pourrait offrir poss. d'ententes avec CH + petit (3)
SOREL	373 CH Hôtel-Dieu de Sorel (CHHD)	1	1	1	.5			3.5	0	0/3.5	Enc. temps part. gest./clin. Ententes poss. avec autre CH
GRANBY-COWANSVILLE	374 CH Granby (CHG)	1	(5)	(5)				3	0	0/3	Enc. temps part. gest./clin. Ententes poss. avec autre CH
	572 CH Brome Missisquoi Perkins (CHBMP)	1	(5)					1	0	0/1	Ententes possibles avec un autre CH
ST-JEAN	571 CH Haut-Richelieu (CHHR)	3	1	2	1		1	8	1	1/8	Enc. temps complet possibilités d'entente avec CH + petit
VALLEYFIELD	471 CH Valleyfield (CHV)	3	(5)	(5)				11.1	1	1/11.1	Encadrement à temps complet
CHATEAUGUAY	472 CH Anna Laberge (CHAL)	3.5	1	1.5				6	1 (4)	1/6	Encadrement à temps complet ou partagé gestion/clinique Ententes possibles avec un autre centre hospitalier
CHATEAUGUAY OU VALLEYFIELD	473 Hôp. Barrie Memorial (HUM)	.6	(5)					.6	0	0/.6	Ententes possibles avec un autre centre hospitalier

(1) Notons que la responsabilité administrative et budgétaire des SSH appartiendrait à chaque CH.

(2) Dans le cas du CH Charles-Lemoyne, le taux d'encadrement étant très élevé, le modèle actuel d'encadrement de la psychiatrie adulte par le SSH de Pierre-Boucher pourrait être retenu et sujet à des ententes inter CH.

(3) Notons qu'un projet de désinstitutionnalisation est à venir au CH Honoré-Mercier.

(4) Les titres connus sous l'appellation "chef de section" deviennent des postes de "chef de service".

(5) Postes bilingues: CHG (2), CHBMP (1), CHV (2), CHAL (1), HUM (.6): total de 6.6 postes.

2. AVANTAGES

- Respecte les principes directeurs, les paramètres du guide d'implantation du ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que les normes du Conseil canadien de l'agrément.
- Assure un service social unifié dans chaque sous-région.
- Donne une vue d'ensemble des besoins psychosociaux qui permet:
 - . d'établir les priorités de services en fonction des besoins des usagers;
 - . de collaborer au développement et à l'implantation d'un programme d'appréciation de la qualité des services à la clientèle;
 - . d'évaluer et de planifier les services aux niveaux local et régional (analyse de l'activité professionnelle, volume et nature des activités; bilan annuel);
 - . de réagir rapidement face aux priorités qui changent au sein des centres hospitaliers et d'adapter les services aux clientèles les plus en besoin;
 - . d'aider au désengorgement des urgences et des lits de courte durée;
 - . d'établir des priorités pour la clientèle en attente d'hébergement (lien avec le comité orientation admission et le comité de placement en famille d'accueil);
 - . d'avoir une marge de manoeuvre quant à l'affectation du personnel pour les remplacements à court terme, la garde, la priorité des services à donner; soit d'assurer une souplesse de gestion indispensable à la prestation des services sociaux;

- . contribuer dans le cadre de plans d'urgence à l'organisation de services en situation exceptionnelle (ex.: crise autochtone, catastrophe locale, etc.);
 - . d'assurer efficacement le traitement des plaintes;
 - . d'établir des liens sous-régionaux et régionaux fonctionnels selon les principes de concertation, de complémentarité et de partenariat;
- Assure la connaissance et l'application des normes et standards régissant la pratique en milieu hospitalier.
 - Permet la circulation et la diffusion de l'information régionale sur les différentes politiques sociales, légales et autres qui affectent notre pratique et d'en faire une application cohérente et uniforme (ex.: Curatelle, etc...).
 - Utilise de façon maximale les ressources humaines tout en évitant l'isolement et favorisant son développement professionnel, son ressourcement et la mise à jour de ses connaissances.
 - Offre un compromis acceptable pour les effectifs et le service, afin de desservir les différents centres hospitaliers dispersés sur le territoire.
 - Favorise une meilleure équité inter-programmes, au niveau du développement en fonction de la concertation.
 - Rend possible une certaine mobilité du personnel.

3. INCONVENIENTS

- Ne respecte que partiellement le découpage des sous-régions proposé par le Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Regroupements nécessaires dans certaines sous-régions pour satisfaire les besoins des centres hospitaliers, en ce qui a trait notamment à l'encadrement.
- Certains cadres auront à gérer des équipes de service social dans plus d'un centre hospitalier.

4. CONCLUSION

Ce scénario constitue notre proposition.

Il garantit le maintien d'un service unifié et offre une solution acceptable au problème de l'encadrement nécessaire au personnel social afin qu'il conserve son expertise et que son développement en soit assuré.

Il tient compte de la transformation des services sociaux au cours des années, de la diversité des clientèles, ainsi que de l'évolution des programmes en milieu hospitalier.

Il permet la mise en commun de l'expertise entre les intervenants et les cadres des différents centres hospitaliers, la communication entre experts de problématiques diverses, l'enrichissement apporté par les programmes de formation, l'accès aux consultations de toutes sortes de même que le support à la gestion et aux services de soutien.

Cette organisation assurerait, par le fait même, des services de qualité à la clientèle des centres hospitaliers et faciliterait l'exercice de leurs nouvelles responsabilités en matière de prestation de services sociaux.

AUTRES RECOMMANDATIONS

La prestation des services sociaux en milieu hospitalier est un des enjeux principaux du transfert: elle s'intéresse à la translation de l'expertise, au maintien et au développement à long terme de l'apport spécifique du champ social dans le domaine de la santé. A cette fin, dans le but ultime de bien servir l'utilisateur, nous formulons les recommandations suivantes:

1. BUDGET PROTEGE

NOUS RECOMMANDONS l'introduction d'un centre d'activité budgétaire spécifique aux services sociaux hospitaliers, qui permettrait à la régie de s'assurer, tel que prévu au Guide d'implantation, du maintien et de la continuité du programme transféré de même que les fonctions, les activités et les clientèles cibles qui y sont rattachées, jusqu'à ce qu'un plan régional de services modifie ces responsabilités. Cette mesure garantirait ainsi le maintien des ressources humaines en place et permettrait d'atteindre plus rapidement l'objectif du plan de développement des effectifs du programme des services sociaux en milieu hospitalier déposé au Conseil de la santé et des services sociaux ⁽⁷⁾.

2. VIE ASSOCIATIVE

NOUS RECOMMANDONS que les centres hospitaliers supportent la participation de leur personnel social à des activités de regroupement professionnel (ex.: Association des praticiens de service social en milieu de santé, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec).

(7) Plan de développement des effectifs du programme des services sociaux en milieu hospitalier. Centre de services sociaux Richelieu. Juin 1988. Mis à jour en août 1989.

3. MOBILITE DU PERSONNEL

NOUS RECOMMANDONS qu'une certaine mobilité inter-établissements soit prévue dans le réseau, le tout dans le respect des droits et privilèges acquis. Le problème de la perte de mobilité demeure une des grandes préoccupations du personnel.

ANNEXE I

LES EFFECTIFS EN SERVICE SOCIAL HOSPITALIER

Le Tableau II fait état de la distribution actuelle des postes en milieu hospitalier. Nous n'avons pas retenu ce synopsis comme hypothèse de scénario, à cause notamment de l'éclatement complet des services sociaux que cela provoquerait.

Cette éventualité signifierait des pertes tant pour la clientèle, les effectifs, que pour les centres hospitaliers eux-mêmes. Elle impliquerait aussi pour les intervenants une perte d'accès à la consultation professionnelle, à la supervision clinique, à l'information continue sur l'évolution de la pratique, pour ne nommer que celles-là. Il y aurait alors un risque considérable de démembrer les services sociaux compte tenu de la dissémination des postes cadres et du petit nombre d'intervenants dans plusieurs centres hospitaliers. La situation apparaît moins criante dans certains hôpitaux, où la masse critique est plus grande.

De plus, la structure actuelle ne pourrait être retenue comme supposition de transfert car elle ne respecterait pas les principes directeurs devant guider le choix d'un modèle d'organisation, considérant notamment:

- la difficulté qu'auraient certains centres hospitaliers à rencontrer les normes de l'agrément afin d'obtenir l'accréditation du Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux;
- le risque de baisse d'efficacité des services sociaux et d'impact sur le taux d'occupation des lits;

- la dispersion des intervenants et des cadres ne permettant pas la mise en place des conditions essentielles au maintien des expertises sociales;
- l'affaiblissement des services quant à:
 - . la priorisation des services requis par les clientèles;
 - . la mise sur pied d'un programme d'appréciation de la qualité des services à la clientèle;
 - . la distribution équitable des postes et leur développement;
 - . l'utilisation des effectifs en place pour les services de garde et les remplacements à court terme;
 - . la souplesse de gestion du personnel;
 - . la vision régionale et l'établissement des liens régionaux;
 - . la connaissance des normes et standards régissant la pratique en service social hospitalier;
 - . la diffusion cohérente de l'information générale qui affecte la pratique sociale;
- le risque que soient minimisés les facteurs sociaux reliés à la maladie;
- l'hétérogénéité dans la compréhension du rôle et du spécifique des services sociaux hospitaliers d'un département (ou unité) à l'autre, d'un centre hospitalier à l'autre;

TABLEAU II

SCENARIO II : AFFECTATION DES PRATICIENS SOCIAUX ET DES CADRES EN MILIEU HOSPITALIER AU 31 MARS 1992

Centres hospitaliers de courte durée:

DSR actuelles	Sous-régions administratives de la Règle	Centre hospitalier	Postes réguliers (ARIH - TAS)			Postes supplémentaires			Source de financement	Total postes intervenants	Postes cadres (1)	Ratio d'encadrement
			S. phys.	S.M.J.	S.M.A.	S. phys.	S.M.J.	S.M.A.				
Longueuil	LONGUEUIL	271 CH Charles-Lemoyne (CIILM)	5.5	4	5.6	2			SAAQ	17.1	1 (2)	1/17.1
		272 CH Pierre-Boucher (CIPB)	3.5		2.5						6	1
St-Hyacinthe	ST-HYACINTHE	371 CH Honoré-Mercier (CHHM)	3.1	1	2	1		1	cofinance CHHM-CHHD et CSSR // 1 SMA via CSSSM non récurrent	8.1	.45	.45/8.1
	SOREL	373 CH Hôtel-Dieu de Sorel (CHHD)	1	1	1	.5			CHHD Sorel (récurrent)	3.5	.19	.19/3.5
	GRANBY-COWANSVILLE	374 CH Granby (CHG)	1	1	1					3	.17	.17/3
St-Jean	ST-JEAN	572 CH Brome Missisquoi Perkins (CHBMP)	1							1	.1	.1/1
		571 CH Haute-Richelieu (CHHR)	3	1	2	1		1	CHHR CSSSM(auberge)	8	.9	.9/8
Valleyfield	VALLEYFIELD	471 CH Valleyfield (CHV)	3	2	6.1					11.1	.9	.9/11.1
	CHATEAUGUAY OU VALLEYFIELD	473 Hop. Barthe Memorial (HBM)	.6							.6	.06	.06/.6
	CHATEAUGUAY	472 CH Anna-Laberge (CHAL)	3.5	1	1.5					6	1	1/6
TOTAUX			25.2	11	21.7	4.5		2		64.4 (3)	5.77	
			57.9			6.5						

(1) Distribution au prorata du total des postes.

(2) En pratique, le chef de section SSII du CH Pierre-Boucher encadre les effectifs affectés (5.6 postes) en santé mentale adulte au CH Charles-Lemoyne.

(3) Postes bilingues 6.6 postes, cf. tableau I

ANNEXE II

AUTRES SCENARIOS

Nous illustrons ici différentes hypothèses.

A) SCENARIO II

Nous avons abordé un des scénarios par le biais des plans régionaux d'organisation de services (PROS). Toutefois, nous constatons dans un premier temps que les centres hospitaliers ne sont pas organisés en fonction de ces derniers. D'autre part, nous en tenons déjà compte dans l'aménagement de nos activités (ex.: en santé mentale). La structure d'organisation d'un service social unifié permettra au personnel de s'y adapter (comme c'est le cas actuellement), les plans régionaux d'organisation de services visant tout d'abord la complémentarité.

Un survol de la réalité actuelle démontre rapidement que cette hypothèse irait à l'encontre des principes directeurs. Elle provoquerait un morcèlement encore plus grand des services et rendrait d'autant plus difficile la distribution des postes cadres. Elle laisserait surtout certaines clientèles dans le vide (ex.: adultes ayant des maladies dégénératives, enfants, jeunes adultes ayant des problèmes de santé physique...).

B) SCENARIOS III et IV

Nous avons considéré ici deux hypothèses de structure semblables (tableaux III et IV) qui consistent notamment à désigner quelques centres hospitaliers fiduciaires afin d'assumer un certain nombre de fonctions. D'autres combinaisons pourraient être également possibles pour certains centres hospitaliers.

TABLEAU III

SCENARIO III : DISTRIBUTION DU PERSONNEL SELON UN REGROUPEMENT TERRITORIAL
 LES PLUS GROS CH RESTENT TELS QUELS,
 LES CH MOYENS ONT DES ENTENTES DE SERVICE AVEC LES PLUS PETITS

Centres hospitaliers de courte durée:

SOUS-REGION	CH fiduciaire	CH a contrat de service (avec transfert de budget du CH fiduciaire)	Postes inter-venants Total par s-rég.	Postes cadres	Ratio
LONGUEUIL (1)	- Charles-Lemoyne		17.1	1	1/17.1
	- Pierre-Boucher		6	1	1/6
ST-JEAN ET GRANBY-COWANSVILLE	- Haut-Richelieu	- Granby - Brome Miss. P.	12	1	1/12
ST-HYACINTHE ET SOREL	- Honoré-Mercier	- Hôtel-Dieu de Sorel	11.6	1	1/11.6
CHATEAUGUAY	- Anna-Laberge	- Barrie Memorial	6.6	1	1/6.6
VALLEYFIELD	- Valleyfield		11.1	1	1/11.1
TOTAUX			64.4	6	

(1) Le territoire de Longueuil ne compte pas de centre hospitalier plus petit avec lequel il pourrait y avoir affiliation.

Juin 1992

TABLEAU IV

SCENARIO IV : DISTRIBUTION DU PERSONNEL EN 4 SOUS-REGIONS
 AVEC SERVICE SOCIAL UNIFIE DANS UN CH FIDUCIAIRE ET
 ENTENTE DE SERVICE INTER CH AVEC LES AUTRES CH DE LA SOUS-REGION

Centres hospitaliers de courte durée:

SOUS-REGION	CH fiduciaire	CH a contrat de service (avec transfert de budget du CH fiduciaire)	Postes intervenants Total par s-rég.	Postes cadres	Ratio
LONGUEUIL	Charles-Lemoyne	- Pierre-Boucher	23.1	2	2/23.1 (1/11.55)
ST-JEAN ET GRANBY-COWANSVILLE	Haut-Richelieu	- Granby - Brome M. P.	12	1	1/12
ST-HYACINTHE ET SOREL	Honoré-Mercier	- Hôtel-Dieu de Sorel	11.6	1	1/11.6
VALLEYFIELD ET CHATEAUGUAY	Valleyfield	- Anna Laberge - Barrie Memorial	17.7	2	2/17.7 (1/8.85)
TOTAUX			64.4	6	

Juin 1992

Avantages:

- Admet la plupart des avantages décrit dans le scénario I.
- Offre un taux d'encadrement satisfaisant en terme de ratio dans la plupart des centres hospitaliers. La situation demeure acceptable dans les hôpitaux atteignant un ratio de 1/6. Par ailleurs, la formule de gestion à temps partagé gestion/clinique pourrait être avantageusement utilisée.

Inconvénients:

- Nécessite des regroupements dans certaines sous-régions pour satisfaire les besoins des centres hospitaliers en ce qui a trait notamment à l'encadrement.
- Implique que certains cadres auront à gérer des équipes de service social dans deux à trois centres hospitaliers; situés à de grandes distances les uns des autres.
- Ne respecte que partiellement le découpage des sous-régions proposées par le Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Toutefois, il y a jumelage de régions mitoyennes.

ANNEXE III

NORMES DE L'AGREMENT CONCERNANT LES SERVICES SOCIAUX EN MILIEU HOSPITALIER

Norme I:

La portée des services sociaux variera selon l'importance, l'emplacement et les fonctions de l'établissement de soins et de santé. Les établissements qui dispensent un enseignement et les grands établissements devront posséder un service social organisé. Ceux qui n'ont pas de services sociaux organisés devront en engager à temps partiel, en obtenant contre rémunération les services sociaux offerts par un organisme extérieur, ou en partageant le temps d'un ou de plusieurs praticiens sociaux avec d'autres établissements de soins de santé situés dans la même région. Il faudra stipuler par écrit les conditions des ententes spéciales conclues à cette fin.

Norme II:

Les services sociaux devraient être représentés au niveau de la planification, des décisions et de l'établissement des politiques qui affectent le soin des patients et les objectifs du département.

Norme III:

Les services sociaux doivent être sous la direction d'un travailleur social qualifié et disposer d'un personnel professionnel et technique et des employés de bureau en nombre suffisant.

Norme IV:

Il doit y avoir suffisamment d'espace, d'installations, d'équipements et de fournitures pour répondre aux besoins des activités professionnelles, éducatives et administratives des services sociaux.

Norme V:

Les politiques et procédures doivent pouvoir être consultées par tous les membres du personnel et porter au moins sur ce qui suit:

- Buts et objectifs.
- Mode d'organisation et structures des services sociaux.
- Activités professionnelles, confidentialité, méthodes de préparation des dossiers.
- Règles de conduite professionnelle.
- Perfectionnement du personnel
- Système d'information statistique, méthode de cueillette de données, préparation des rapports.
- Statuts et règlements relatifs aux services sociaux.
- Réunions du service et celles de concert avec les autres départements.

Norme VI:

On doit offrir des programmes d'éducation continue à tous les membres du personnel des services sociaux.

Norme VII:

Il doit y avoir des procédures pour l'évaluation de la qualité des services sociaux et de l'appréciation du rendement personnel.

ANNEXE IVETAT DE LA REPRESENTATION DES SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS A DIFFERENTES INSTANCES

Le personnel des services sociaux hospitaliers (intervenants et cadres) est impliqué dans différents comités, intra-hospitaliers, sous-régionaux et régionaux dont nous retrouvons une liste non-exhaustive ci-après:

Intra-hospitaliers:

- . comité d'éthique
- . normes de séjour
- . comité de désengorgement des urgences (GTI)
- . comité d'admission des départements internes
- . comité ad hoc sur le développement d'approche (soins palliatifs...)
- . comité de réorganisation des départements (gériatrie active,...)
- . comité de gestion des cadres et réunions de services
- . comité de planification des naissances
- . comité scientifique
- . comité conjoint

Sous-régional:

- . table tripartite en santé mentale
- . table des Directeurs généraux des établissements (ad hoc)
- . diverses tables sous-régionales concernant les clientèles (P.A., etc...) pour la livraison des services en complémentarité, etc
- . rencontres avec les C.L.S.C., ressources communautaires, bénévoles protection jeunesse
- . participation aux mécanismes d'admission (COA) et de transfert (réadaptation...) extra et supra régionaux
- . élaboration de divers protocoles en collaboration avec les divers établissements (protocole de bébés à risque, etc...)
- . groupe de support et diverses associations (APAMM)

Régional:

- . regroupement professionnel services sociaux en milieu hospitalier
- . table régionale tripartite en santé mentale
- . comité de désengorgement des urgences

Provincial:

- . A.C.S.S.Q.
- . Corporation des travailleurs sociaux
- . Association des praticiens en milieu de santé

ANNEXE V

FONCTION PROVINCIALE DES SERVICES SOCIAUX HOSPITALIERS

La fonction régionale permettrait davantage d'établir des liens avec la fonction nationale, laquelle doit d'une façon ou d'une autre exister au niveau des services sociaux. Cette fonction consiste notamment à:

- regrouper et unir les services sociaux hospitaliers en vue d'en promouvoir les intérêts, aux bénéfices de la clientèle et des intervenants sociaux;
- favoriser l'implication et la concertation dans l'étude et la préparation de dossiers de diverses natures;
- contribuer à certains dossiers provinciaux tel que fait dans le passé (ex.: Curatelle) et dépendamment des dossiers et mandats, mettre à profit l'expertise tant à la conférence des régies, à l'Association des hôpitaux du Québec qu'au Ministère.
- fournir une possibilité d'influence et de représentation au niveau provincial;
- partager l'expertise psychosociale;
- assurer une certaine unité de pratique sociale;
- assurer la concertation dans l'implantation de programmes sociaux, suite à des changements légaux ou autres (politique en santé mentale, Loi 120)
- coordonner certaines opérations nationales;
- identifier les besoins de recherche et de développement social et favoriser leur réalisation;
- etc...

LOIS ET RÈGLEMENTS

2

**LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS ENCADRANT LA PRATIQUE SOCIALE
EN PÉDOPSYCHIATRIE :**

**La Charte québécoise des droits et libertés
(LRQ chap. C-12)**

Du chapitre traitant des «Libertés et droits fondamentaux» (articles 1 à 39), retenons particulièrement :

- . le droit à la protection
- . le droit à l'inviolabilité de la personne
- . le droit à l'information
- . le droit à la confidentialité
- . le droit à la vie privée
- . le droit à la sauvegarde et la dignité
- . le droit au secours

**La Loi sur les services de santé et services sociaux
(L.Q. 1991, chap. 42)**

Notamment les articles suivants :

Article 4 :

«Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.»

Article 5 :

«Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.»

Article 10 :

«Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même de toute modification apportée à ces plans.»

Les articles 102, 103 et 104 précisent l'article 10 :

«Un établissement doit élaborer, pour les usagers (.....), dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Lorsqu'un usager (.....) doit recevoir pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.»

(.....) ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

Articles 17, 20 et 21 :

Ces articles traitent plus spécifiquement, de l'accès au dossier de l'usager de 14 ans ou plus, ainsi que de celui du titulaire de l'autorité parentale. Y sont également précisées les limitations à l'accès dont le préjudice que d'accéder au dossier pourrait causer à l'égard du mineur.

Articles 18 et 19 :

Ces articles confirment le caractère confidentiel du dossier d'un usager.

Articles 226 à 230 :

Ces articles traitent de l'obligation que soit institué dans chaque établissement public un conseil multidisciplinaire composé de professionnels détenteurs de diplômes reliés directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

Le Code civil du Québec

Articles 32 à 34, 443, 513, 585 et 598 à 612

Ces derniers précisent certains droits et devoirs des parents envers l'enfant mineur et réciproquement.

La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

Articles 53, 54, 55 et 83

Ces articles traitent de la confidentialité des renseignements nominatifs et leur communication.

La Loi sur la protection de la santé publique
(LRQ chap. P-35), l'article 42

Un établissement ou un médecin peut fournir les soins et traitements requis par l'état de santé d'un mineur âgé de 14 ans ou plus, avec le consentement de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité parentale en cas d'hébergement pendant plus de douze heures ou de traitements prolongés.

La Loi sur la protection de la jeunesse
(LRQ chap. P-34.1)

La Loi sur la protection de la jeunesse est une loi d'exception, elle vise à «protéger» l'enfant dont la sécurité et/ou le développement est compromis.

Toutefois, on insiste sur le fait que toute décision prise en vertu de cette loi, doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu parental (article 4)

Elle entend garantir à l'enfant des conditions de santé, affectives ou sociales acceptables (article 8).

À cette fin :

- elle édicte clairement l'exercice des responsabilités du directeur de la protection de la jeunesse et des membres de son personnel (article 32);
- elle précise l'obligation qu'a tout professionnel ou tout citoyen de signaler la situation d'un enfant pour lequel il a des motifs de croire que la sécurité ou le développement est compromis (article 39);
- elle établit les «motifs de compromission» de la sécurité et du développement de l'enfant (article 38 et 38.1);

Article 38 :

«Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

- a) si ses parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire;
- b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents;
- c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés;

- d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde;
- e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique;
- f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge;
- g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence;
- h) s'il manifeste des troubles de comportements sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas;

Le paragraphe g ne s'applique pas si l'enfant est victime d'abus sexuels ou est soumis à de mauvais traitements de la part d'une personne autre que ses parents et que ceux-ci prennent les moyens nécessaires pour corriger la situation (art. 38).

La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

- a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil, un centre d'accueil ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;
- b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;
- c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soins, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis deux ans (art. 38.1).

OBLIGATION DE SIGNALER

Toute personne, même liée par le secret professionnel, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens du paragraphe g de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens des paragraphes a, b, c, d, e, f, ou h de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout en-

seignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré compromis au sens de ces dispositions (art. 39).

Loi sur les jeunes contrevenants
(LRQ chap. Y-1)

La personne visée ici est l'adolescent tel que définit dans la loi soit : une personne âgée d'au moins 12 et de moins de 18 ans qui commet des gestes prohibés par les lois canadiennes.

La Loi sur les services de garde à l'enfance
(LRQ chap. S-4.1)

L'office des services de garde à l'enfance offre une aide financière supplémentaire au montant maximal disponible en vertu du programme d'exonération et d'aide financière pour un enfant en service de garde. Il s'adresse à des familles défavorisées et a pour principal objectif de prévenir le placement.

La subvention est accordée aux parents pour réduire leur contribution au frais de garde lorsque des problèmes psychosociaux sérieux affectent l'enfant ou la famille en lien avec le bien-être de l'enfant. Ces besoins doivent être identifiés par un délégué du directeur de la protection de la jeunesse en fonction de la Loi sur la protection de la jeunesse ou par un professionnel en fonction de la Loi sur les service de santé et les services sociaux.

La Loi sur les allocations d'aide aux familles
(LRQ chap. A-17), l'article 5

Cet article traite du droit pour la famille à recevoir une allocation mensuelle supplémentaire pour tout enfant qui est handicapé et ce, au sens des règlements.

La Loi médicale et le Code de déontologie des médecins
(LRQ chap M-9), l'article 42 / (décret 816-80 et ses modifications), les articles 3.01 à 3.05

Articles ayant trait au secret professionnel.

La Loi sur la protection du malade mental
(LRQ chap. P-41), article 1 à 56

L'évolution de la santé de certaines personnes peut rendre nécessaire le recours à des dispositions de la Loi du malade mental dans les situations où une personne, devenue dangereuse pour elle ou pour les autres, n'accepte pas l'aide appropriée à ses besoins. Cette loi a été refondue dans le nouveau Code civil du Québec, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994.

La Loi sur l'instruction publique
(LRQ chap. 1-13.3), les articles 1, 4, 13 et 18

L'article 256 qui stipule l'obligation de tout enfant de fréquenter l'école depuis l'âge de 6 ans jusqu'à la fin de l'année scolaire où il a atteint l'âge de 15 ans

et notamment l'article 47 qui évoque l'obligation du directeur d'école à établir un plan d'intervention avec l'aide des parents, à l'égard d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage et de voir à la réalisation et l'évaluation de ce dernier.

Le Projet de règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et des régies régionales - Projet de réglementation

Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant certaines dispositions législatives (L.Q. 1991, chap. 42)

Retenons principalement :

Article 25 :

«Tout établissement ne donne le congé à un usager admis que si le congé est signé par le directeur général ou son représentant et, le cas échéant, par le médecin traitant si l'usager a reçu des soins médicaux.»

Article 26 :

«Malgré l'article 25, un établissement qui exploite un centre hospitalier ne donne le congé à un usager admis que si le médecin (....) traitant ou un médecin (....) ou un résident désigné par un médecin traitant a signé ce congé.»

Article 50 :

Le dossier de l'usager d'un établissement qui exploite un centre hospitalier comprend entre autre :

- le rapport des services rendus en externe;
- les rapports d'examen diagnostiques¹;
- le plan d'intervention et les rapports de révision périodique de ce plan;
- le plan de services individualisé et les rapports de révision périodique de ce plan;
- le résumé des entrevues de l'usager avec (...) un membre du conseil multidisciplinaire² ou une personne qui exerce les mêmes activités qu'un membre de ce conseil;
- les notes d'évolution rédigées par un membre du conseil multidisciplinaire² ou une personne qui exerce les mêmes activités qu'un membre de ce conseil;
- les demandes et les rapports de consultation;
- le document attestant l'obtention du consentement de l'usager pour des soins ou des services fournis par l'établissement;
- le document attestant l'obtention du consentement de l'usager à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant;
- le document attestant l'obtention du consentement de l'usager pour l'envoi d'une copie, d'un extrait ou d'un résumé de son dossier, à un établissement, à une autre personne ou à un organisme.»

¹ Notons que l'examen diagnostique ou «le diagnostic» fait référence dans le cas du travailleur social, aux éléments permettant de porter un jugement sur une situation ou au jugement porté sur une situation, un état.

² Un membre du conseil multidisciplinaire est ici un professionnel détenteur d'un diplôme relié directement aux services sociaux (Loi sur les services de santé et services sociaux Chap. 42, réf: art. 226).

La Loi sur l'instruction publique
(LRQ chap 1-133), les articles 1, 4, 13 à 18

L'article 256 qui stipule l'obligation de tout enfant de fréquenter l'école depuis l'âge de 6 ans jusqu'à la fin de l'année scolaire où il a atteint l'âge de 15 ans

et notamment l'article 47 qui évoque l'obligation du directeur d'école à établir un plan d'intervention avec l'aide des parents, à l'égard d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage et de voir à la réalisation et l'évaluation de ce dernier.

Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
(R-6, décret 1320-1984)

Retenons principalement :

Article 30 :

«Dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant.»

Article 54 :

«Le dossier tenu par un centre de services sociaux comprend entre autre :

- une formule d'identification des pièces au dossier;
- l'évaluation psychosociale du bénéficiaire;
- le plan d'intervention et les rapports de révision périodique;
- les notes d'évolution rédigées par les membres du personnel clinique;
- les demandes et rapports de consultation;
- le document attestant le consentement du bénéficiaire à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant.»

Le Code de déontologie - Règlement sur la tenu de dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux* (LRQ, C-26)

Retenons principalement :

Article 2.01

«Dans l'exercice de ses activités, le travailleur social tient compte des normes professionnelles généralement reconnues en service social. Il tient compte aussi, notamment, de l'ensemble des conséquences prévisibles de son activité professionnelle non seulement sur son client mais aussi sur la société.»

Article 3 :

«Le travailleur social doit inscrire dans le dossier d'un client les renseignements suivants :

- la date d'ouverture du dossier;
- lorsque le client est une personne physique, ses noms et prénoms à la naissance, son sexe, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone;
- une description sommaire des motifs de la consultation et un résumé de l'évaluation et des moyens d'intervention envisagés par le travailleur social;
- une description des services professionnels rendus et leur date; une synthèse des résultats obtenus et, le cas échéant, les recommandations faites au client;
- les annotations, correspondance et autres documents relatifs aux services professionnels rendus;
- les rapports d'autres professionnels obtenus avec l'autorisation du client;
- l'identification du travailleur social sur les notes et rapports qu'il a rédigé et inclus au dossier».

Article 3.01.03

«Le travailleur social s'abstient d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services. Lorsque des pressions d'ordre pécuniaire, institutionnel ou politique nuisent à sa profession, il doit indiquer clairement à son client les conséquences qui peuvent en découler.»

Article 3.01.07

«Le travailleur social s'abstient en tout temps d'exercer contrairement aux normes généralement reconnues dans sa profession».

Article 3.03.03

«Le travailleur social, sauf pour un motif juste et raisonnable - tel l'incitation de la part du client à l'accomplissement d'actes illégaux... -, ne peut cesser de rendre des services à un client».

* L'établissement élargit à toute catégorie d'intervenants en service social l'obligation faite par le code des professions aux travailleurs sociaux.

Le lecteur, la lectrice retrouvera à l'annexe III, le texte intégral du Code de déontologie de la CPTSQ.

Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé

Les soins donnés au bénéficiaire sont consignés dans le dossier afin d'en assurer la continuité et l'évaluation permanente et de faciliter la planification du départ.

Les renseignements portés dans le dossier du bénéficiaire comprennent :

- l'attestation écrite de l'acheminement du bénéficiaire et des particularité du premier contact;
- l'évaluation psychosociale précisant les paramètres sociaux et affectifs propres à la situation du bénéficiaire;
- le plan thérapeutique indiquant des objectifs réalistes précis;
- les notes d'évolution sur les activités entreprises en vue de la réalisation des objectifs;
- l'évaluation, l'analyse et l'avis final.

Politique de santé mentale

Notons quelques éléments de la politique de santé mentale qui viennent encadrer la distribution des services par son plan d'organisation des services en santé mentale (PROS), en mettant de l'avant un système centré sur la personne, même si elle ne définit pas de façon spécifique les services offerts à la jeunesse en pédopsychiatrie. Les services curatifs à l'adresse des jeunes en santé mentale sont surtout centralisés dans les hôpitaux et offerts par les services de pédopsychiatrie.

Les centres hospitaliers se voient ainsi attribuer les services spécialisés :

- l'urgence : accueil, diagnostic, évaluation, traitement ou au cas échéant recommandation d'admission au département de psychiatrie et/ou référence à toute autre ressource;
- l'hôpital de jour : référence par le biais de l'urgence ou de la clinique externe par un programme thérapeutique intensif, tout en préservant le maintien dans le milieu naturel (ou par le département, après l'hospitalisation pour favoriser la réinsertion sociale);
- les cliniques externes : services spécialisés d'évaluation et de traitement en externe. Les services sont offerts par des équipes multidisciplinaires et oeuvrent dans un secteur géographique déterminé (sectorisation). De plus ces équipes ont souvent un rôle de consultation, de référence et de support auprès des organismes du réseau.
- le département de psychiatrie : hospitalisation et traitement des personnes en période de crise aiguë, ne pouvant plus rester dans leur milieu de vie naturel. L'approche doit favoriser le retour au milieu naturel le plus rapidement possible ou l'accès à une ressource plus légère (famille d'accueil, hôpital de jour, services externes).

Le Ministère, dans son document «**La santé mentale à nous de décider. Proposition d'un plan d'action (1985)**», y précise également le rôle de la pédopsychiatrie comme service psychiatrique spécialisé pour une clientèle affectée sévèrement, réservant le rôle de première ligne aux CLSC.

«... Les services pédopsychiatriques assurent une intervention précoce dans le cas de maladies mentales et peuvent réduire la sévérité et les conséquences invalidantes. Ils sont essentiels d'une part pour éviter et réduire l'institutionnalisation des jeunes et d'autres part pour supporter et faciliter la dynamique familiale.»¹

La préoccupation de la santé mentale des enfants reste présente dans tous les documents de Ministère. N'en citons que quelques-uns pour être persuadé de toute l'importance qu'elle prend au sein des objectifs et politiques concernant la famille.

Dans son document «**Familles en tête**»², le Ministère, ayant fait état de la situation de la famille au Québec, y propose une série de mesures à prendre dont le fait de devoir resserrer les mécanismes qui assurent le maintien et le respect des obligations parentales. L'accent étant mis sur la prévention, visant à éviter que les problèmes ne surviennent.

Dans sa «**Politique de la santé et du bien-être**»³, qui s'inscrit dans la lignée de la réforme du système de santé et des services sociaux, son leitmotiv rappelons-le est la réduction significative des problèmes de santé et des problèmes sociaux au sein de notre société et il y précise 19 grands objectifs visant à y arriver, dont ceux touchant la santé mentale des enfants.

«Les définitions les plus récentes mettent en évidence le caractère dynamique de la santé mentale, soit le résultat de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.»

Il insiste sur le fait que la plupart des problèmes d'adaptation psychosociale, dont les problèmes de santé mentale, sont en partie reliés aux capacités psychologiques et sociales innées et acquises aux différentes étapes du développement et de socialisation de l'individu. D'où l'importance d'assurer ou de replacer le développement du potentiel des personnes envisagé sous l'angle de leurs capacités psychologiques et sociales, au centre de toutes les interventions.

¹ Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Plan des services à la jeunesse - Pédopsychiatrie. Juillet 1986.

² Familles en tête. 2^e plan d'action en matière de Politique familiale 1992-1993. Gouvernement du Québec. Secrétariat à la famille.

³ La Politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux 1992.

CODE DE DÉONTOLOGIE

3

Code de déontologie des travailleurs sociaux

C-26,
r.180

à jour au 20 octobre 1992

dernière modification: 31 décembre 1981

Dépôt légal — 4^e trimestre 1992
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-551-09460-7

© Éditeur officiel du Québec, 1992

Tous droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, réservés pour tous pays. Toute reproduction par procédé mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, est interdite sans l'autorisation écrite de l'Éditeur officiel du Québec.

Présentation

Cette publication contient un tiré à part des Règlements refondus du Québec, 1981, tels qu'établis par la Direction de la refonte des lois et des règlements au 31 décembre 1981.

L'éditeur y a intégré les modifications qui ont été adoptées entre le 1^{er} janvier 1982 et la date d'édition de cette publication qui apparaît sur la page couverture. Ces modifications peuvent provenir de deux sources: du Supplément aux Règlements refondus pour la période du 1^{er} janvier 1982 au 1^{er} août 1982 et de la *Gazette officielle du Québec*, partie 2, pour toute période postérieure au 1^{er} août 1982. La liste en est d'ailleurs dressée ci-contre.

La date d'entrée en vigueur des modifications est indiquée entre parenthèses après la référence.

Rappelons que cette publication n'a pas de valeur officielle et que les seuls textes authentiques sont ceux parus à la *Gazette officielle*.

Modification(s) entrée(s) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1982:

Aucune.

Code de déontologie des travailleurs sociaux

Table des matières

article

SECTION I

Dispositions générales 1.01

SECTION II

Devoirs généraux et obligations
envers le public 2.01

SECTION III

Devoirs et obligations envers le client 3.01.01
§1. Dispositions générales 3.01.01
§2. Intégrité et objectivité 3.02.01
§3. Disponibilité et diligence 3.03.01
§4. Responsabilité 3.04.01
§5. Indépendance et désintéressement 3.05.01
§6. Secret professionnel 3.06.01
§7. Accessibilité des dossiers 3.07.01
§8. Fixation et paiement des honoraires 3.08.01

SECTION IV

Devoirs et obligations envers la profession .. 4.01.01
§1. Actes dérogatoires 4.01.01
§2. Relations professionnelles 4.02.01
§3. Déclarations publiques 4.03.01
§4. Interprétation du matériel social 4.04.01
§5. Précautions à prendre dans la recherche 4.05.01



c. C-26, r.180

Code de déontologie des travailleurs sociaux

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26, a. 87)

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

- a) « Corporation » : la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec ;
- b) « travailleur social » : une personne inscrite au tableau de la Corporation ;
- c) « client » : une personne, un groupe, une collectivité ou un organisme bénéficiant des services d'un travailleur social ;
- d) « tiers » : une personne, un groupe ou une institution extérieur à la relation client — travailleur social.

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16), avec ses modifications présentes et futures, s'applique au présent règlement.

SECTION II DEVOIRS GÉNÉRAUX ET OBLIGATIONS ENVERS LE PUBLIC

2.01. Dans l'exercice de ses activités, le travailleur social tient compte des normes professionnelles généralement reconnues en service social. Il tient compte aussi, notamment, de l'ensemble des conséquences prévisibles de son activité professionnelle non seulement sur le client mais aussi sur la société.

2.02. Le travailleur social favorise et appuie toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services professionnels en service social.

2.03. Le travailleur social, reconnaissant comme un objectif important à sa profession l'information et l'éducation du public en matière de service social, pose les gestes qu'il juge appropriés en fonction de cet objectif.

SECTION III DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

f1. Dispositions générales

3.01.01. Le travailleur social tient compte des considérations éthiques des clients et du contexte dans lequel il va oeuvrer. Avant d'accepter un mandat et durant son exécution, le travailleur social tient compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose. Il n'entreprend pas des travaux pour lesquels il n'est pas préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.

3.01.02. Le travailleur social reconnaît en tout temps le droit du client de consulter un autre travailleur social, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente.

3.01.03. Le travailleur social s'abstient d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services. Lorsque des pressions d'ordre pécuniaire, institutionnel ou politique nuisent à l'exercice de sa profession, il doit indiquer clairement à son client, les conséquences qui peuvent en découler.

3.01.04. Le travailleur social fait en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin, notamment, le travailleur social :

- a) s'abstient d'exercer sa profession d'une manière impersonnelle ;
- b) respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client.

3.01.05. Le travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client.

3.01.06. Le travailleur social s'abstient d'intervenir dans les affaires personnelles de son client en des matières ne relevant pas de sa compétence.

3.01.07. Le travailleur social s'abstient en tout temps d'exercer contrairement aux normes généralement reconnues dans sa profession.

§2. Intégrité et objectivité

3.02.01. Le travailleur social s'acquitte de ses obligations professionnelles avec intégrité et objectivité.

3.02.02. Le travailleur social renseigne son client sur tous les aspects de ses activités professionnelles susceptibles de l'aider à décider de recourir ou non à ses services.

3.02.03. Le travailleur social informe dès que possible son client de l'ampleur et des conséquences du mandat que ce dernier lui a confié ou qu'un tiers lui a confié à son sujet et il doit obtenir son accord à ce sujet.

3.02.04. Le travailleur social expose à son client, de façon complète et objective, la nature et la portée du problème qui lui est soumis, des solutions possibles et de leurs implications.

3.02.05. Le travailleur social évite toute fausse représentation quant à sa compétence ou quant à l'efficacité de ses propres services ou de ceux qui sont généralement dispensés par les membres de sa Corporation.

3.02.06. Si le bien de son client l'exige, le travailleur social peut, avec son autorisation, consulter un autre travailleur social, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente ; il peut aussi le diriger vers l'une ou l'autre de ces personnes.

3.02.07. Dans la mesure du possible, le travailleur social s'abstient de rendre des services professionnels aux membres de sa propre famille, à ses amis intimes, collègues de travail, employés et étudiants à qui il enseigne.

3.02.08. Le travailleur social se comporte, à l'égard de son client, d'une façon digne et irréprochable sur tous les plans.

3.02.09. Le travailleur social ne recourt à aucun procédé dans le but de contraindre une personne à faire des aveux contre sa volonté.

3.02.10. Sauf en ce qui concerne ses honoraires, le travailleur social ne contracte aucun lien économique avec son client.

3.02.11. Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social agit avec modération et évite de multiplier, sans raisons suffisantes, des actes destinés à répondre aux besoins de son client. Le travailleur social évite également de poser des actes qui seraient inappropriés ou disproportionnés aux besoins de son client.

§3. Disponibilité et diligence

3.03.01. Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social fait preuve de disponibilité et de diligence. Quand il ne peut répondre à une demande dans un délai raisonnable, il en explique les motifs à son client.

3.03.02. Le travailleur social fournit à son client les informations nécessaires à la compréhension et à l'évaluation des services rendus ou à rendre.

3.03.03. Le travailleur social, sauf pour un motif juste et raisonnable, ne peut cesser de rendre des services à un client. Peuvent constituer, entre autres, des motifs justes et raisonnables :

- a) la perte de confiance du client ;
- b) le fait que le client ne bénéficie plus des services du travailleur social ;
- c) le fait que le travailleur social se trouve dans une situation de conflit telle que sa relation avec le client est compromise ;
- d) l'incitation de la part du client à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux.

3.03.04. Le travailleur social qui, unilatéralement, cesse d'offrir ses services à un client, en avise ce dernier dans un délai raisonnable et veille à ce que cette situation ne soit pas préjudiciable au client.

§4. Responsabilité

3.04.01. Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social engage pleinement sa responsabilité civile personnelle. Il lui est interdit d'insérer dans un contrat de services une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité.

§5. Indépendance et désintéressement

3.05.01. Le travailleur social subordonne son intérêt personnel à celui de son client.

3.05.02. Le travailleur social ignore toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

3.05.03. Le travailleur social sauvegarde en tout temps son indépendance professionnelle et évite toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, le travailleur social :

- a) est en conflit d'intérêts, lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'en-

tre eux à ceux de son client ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci sont défavorablement affectés ;

b) n'est pas indépendant comme conseiller pour un service donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

3.05.04. Quand le travailleur social réalise qu'il se trouve dans une situation de conflit d'intérêts ou qu'il risque de s'y trouver, il doit en informer son client et lui demander s'il l'autorise à continuer son mandat.

3.05.05. Le cas échéant, un travailleur social partage ses honoraires avec une autre personne dans la mesure où ce partage correspond à une répartition des services et des responsabilités.

3.05.06. Le travailleur social s'abstient de recevoir en plus de la rémunération à laquelle il a droit, tout avantage, ristourne ou commission relatifs à l'exercice de sa profession. De même, il ne doit pas verser ou offrir de verser un tel avantage, ristourne ou commission.

3.05.07. Pour un service donné, le cas échéant, le travailleur social accepte des honoraires d'une seule source, sauf entente entre toutes les parties intéressées. Il n'accepte le versement de ces honoraires que de son client ou de son représentant.

3.05.08. Dans une situation conflictuelle, le travailleur social agit pour une seule des parties en cause. Si ses devoirs professionnels exigent qu'il agisse autrement, le travailleur social précise la nature de ses responsabilités et tient toutes les parties concernées informées qu'il cessera d'agir si la situation devient incompatible avec son devoir d'impartialité.

§6. Secret professionnel

3.06.01. Le travailleur social respecte le secret de tout renseignement de nature confidentielle qu'il a pu obtenir dans l'exercice de sa profession ; il ne peut être relevé de son secret professionnel qu'avec l'autorisation écrite de son client ou lorsque la loi l'ordonne.

3.06.02. Lorsqu'un travailleur social demande à un client de lui révéler des renseignements confidentiels ou lorsqu'il permet que de tels renseignements lui soient confiés, il s'assure que son client soit pleinement informé des utilisations de ces renseignements.

3.06.03. Le travailleur social ne doit pas révéler qu'une personne a fait appel à ses services à moins que la nature de la situation ou du problème en cause ne rende

cette révélation nécessaire ou inévitable, dans ce cas, il en informe le client dès que possible.

3.06.04. Le travailleur social évite les conversations indiscrètes au sujet de ses clients et des services qui leur sont rendus ; il veille à ce que les personnes qui travaillent avec lui ne communiquent pas entre elles ou à des tiers des informations de nature confidentielle.

3.06.05. Le travailleur social cache l'identité de ses clients lorsqu'il utilise des informations obtenues de ceux-ci à des fins didactiques ou scientifiques.

3.06.06. Le travailleur social informe les participants à une session de groupe de la possibilité que soit révélé un aspect quelconque de la vie privée de l'un ou l'autre d'entre eux et il les engage à respecter le caractère privé et confidentiel des communications qu'ils pourront obtenir durant cette session.

3.06.07. Le travailleur social appelé à faire une expertise sociale devant un tribunal, informe de son mandat les personnes impliquées dans cette expertise. Son rapport et sa déposition devant le tribunal se limitent aux éléments relatifs à la cause.

3.06.08. Le contenu du dossier concernant un client, tenu par un travailleur social, ne peut être divulgué, confié ou remis à un tiers, en tout ou en partie, qu'avec l'autorisation écrite du client concerné, ou lorsque la loi l'exige.

3.06.09. Dans le cas où le travailleur social désire enregistrer ou filmer une entrevue, il obtient préalablement la permission écrite de son client, et il s'assure que des mesures de conservation sont prises qui sauvegardent la confidentialité de cet enregistrement ou de ce film.

3.06.10. Lorsque le travailleur social intervient auprès d'un couple ou d'une famille, le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille doit être sauvegardé. Le travailleur social garde secrets, si c'est la volonté expresse du client, les éléments du dossier ou les informations provenant de chacun des membres du couple ou de la famille.

3.06.11. Le travailleur social ne fait pas usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice de son client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3.06.12. Sauf dans un cas exceptionnel, le travailleur social ne doit pas refuser ses services à un client qui n'accepte pas de le relever de son secret professionnel.

§7. Accessibilité des dossiers

3.07.01. À moins de contre-indication sérieuse, le travailleur social respecte le droit de son client de prendre connaissance des documents le concernant dans le dossier constitué à son sujet et d'obtenir des copies de ces documents. Constitue une contre-indication sérieuse le fait que la prise de connaissance des documents au dossier porte un préjudice grave au client.

3.07.02. Dans le cas d'une demande de consultation d'un autre professionnel, le travailleur social ne peut permettre au client concerné de prendre connaissance des documents qui se trouvent dans le dossier constitué à son sujet sans l'autorisation du professionnel qui a ainsi requis ses services.

§8. Fixation et paiement des honoraires

3.08.01. Le travailleur social demande et accepte des honoraires justes et raisonnables.

3.08.02. Les honoraires sont justes et raisonnables s'ils sont justifiés par les circonstances et proportionnés aux services rendus. Le travailleur social tient notamment compte des facteurs suivants, pour la fixation de ses honoraires :

- a) le temps consacré à l'exécution du service professionnel ;
- b) la difficulté et l'importance du service ;
- c) la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une oclérité exceptionnelles.

3.08.03. Le travailleur social fournit à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension du relevé de ses honoraires et des modalités de paiement.

3.08.04. Le travailleur social s'abstient d'exiger d'avance le paiement de ses services. Il prévient son client du coût approximatif et prévisible de ses services.

3.08.05. Le travailleur social perçoit des intérêts sur les comptes en souffrance seulement après avoir dûment avisé son client. Les intérêts ainsi exigés sont d'un taux raisonnable.

3.08.06. Avant de recourir à des procédures judiciaires, le travailleur social épuise les moyens raisonnables dont il dispose lui-même pour obtenir le paiement de ses honoraires.

3.08.07. Lorsqu'un travailleur social confie à une autre personne la perception de ses honoraires, il s'assure,

dans la mesure du possible, que celle-ci procède avec tact et mesure.

**SECTION IV
DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LA
PROFESSION****§1. Actes dérogatoires**

4.01.01. En plus des actes mentionnés aux articles 57 et 58 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), sont dérogatoires à la dignité de la profession, les actes suivants :

- a) inciter quelqu'un de façon pressante et répétée à recourir à ses services professionnels ;
- b) réclamer du client une somme d'argent pour un service professionnel ou une partie d'un service professionnel dont le coût est assumé par un tiers, à moins qu'il y ait une entente formelle à cet effet entre le travailleur social, le client et ce tiers ;
- c) conseiller ou encourager un client à poser un acte illégal ou frauduleux ;
- d) communiquer, directement ou indirectement, avec un plaignant, sans la permission écrite et préalable du syndic de la Corporation ou de son adjoint, lorsque le travailleur social est informé d'une enquête sur sa conduite ou sur sa compétence professionnelle ou lorsqu'il a reçu signification d'une plainte à son endroit ;
- e) ne pas signaler à la Corporation qu'il a des raisons de croire qu'un travailleur social est incompetent ou déroge à la déontologie professionnelle ;
- f) fournir un reçu ou un autre document servant à indiquer faussement que des services ont été dispensés ;
- g) réclamer des honoraires pour des actes professionnels non dispensés ;
- h) présenter à un client une note d'honoraires pour entrevue, communication ou correspondance avec le syndic, quand ce dernier demande au travailleur social des explications ou des renseignements concernant une plainte d'un client ou de toute autre personne ;
- i) ne pas informer en temps utile la Corporation lorsqu'il sait qu'un candidat ne rencontre pas les conditions d'admission à la Corporation ;
- j) permettre à une personne qui n'est pas membre de la Corporation de porter le titre de travailleur social ;
- k) inciter un client à qui le travailleur social rend des services professionnels, dans le cadre de sa pratique dans un organisme, à devenir son client en pratique privée.

§2. Relations professionnelles

4.02.01. Le travailleur social répond dans les plus brefs délais à toute correspondance du syndic de la Corporation ou de ses adjoints, des enquêteurs ou des membres du comité d'inspection professionnelle.

4.02.02. Le travailleur social ne surprend pas la bonne foi d'un confrère et ne se rend pas coupable envers lui d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux. Notamment, il ne s'attribue pas le mérite de travaux qui revient à un collègue ou qui ont été faits en collaboration.

4.02.03. Le travailleur social consulté par un collègue fournit à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.

4.02.04. Le travailleur social engagé dans une pratique professionnelle conjointement avec d'autres travailleurs sociaux ou avec d'autres personnes, voit à ce que cette pratique ne cause aucun préjudice aux clients.

4.02.05. Le travailleur social appelé à collaborer avec un autre travailleur social ou avec une autre personne préserve son indépendance professionnelle. Si on lui confie une tâche contraire à sa conscience professionnelle ou aux normes de sa profession, il s'en dispense.

4.02.06. Le travailleur social, à qui la Corporation demande de participer à un conseil d'arbitrage des comptes, à un comité de discipline ou d'inspection professionnelle, accepte cette fonction à moins de motifs exceptionnels.

4.02.07. Le travailleur social, dans la mesure de ses possibilités, aide au développement de sa profession soit par l'échange de connaissances et d'expériences avec ses collègues et des étudiants, soit par sa participation aux cours et aux stages de formation continue.

§3. Déclarations publiques

4.03.01. Dans ses déclarations publiques traitant de travail social, le travailleur social évite toute affirmation revêtant un caractère purement sensationnel ou trop excessif.

4.03.02. Le travailleur social qui donne publiquement des indications sur les procédés et techniques de service social, souligne, au besoin, les réserves quant à l'usage de ces procédés et techniques.

4.03.03. Le travailleur social fait preuve d'objectivité et de modération lorsqu'il commente en public les métho-

des de travail social usuelles ou nouvelles, différentes de celles qu'il emploie, lorsqu'elles satisfont aux normes professionnelles et scientifiques.

4.03.04. Dans toute activité de nature professionnelle destinée au public tels que des conférences ou démonstrations publiques, des articles de journaux ou de magazines, des programmes ou messages adressés par courrier, le travailleur social prend soin de souligner la valeur relative de ces types d'activités professionnelles.

4.03.05. Le travailleur social s'abstient de participer en tant que travailleur social à toute forme de réclame publicitaire recommandant au public l'achat ou l'utilisation d'un produit quelconque.

§4. Interprétation du matériel social

4.04.01. Le travailleur social interprète avec prudence les données recueillies lors de ses observations et expertises et celles qu'il a obtenues de ses collègues. Dans tout rapport social, écrit ou verbal, il s'efforce de réduire toute possibilité de mésinterprétation ou l'emploi erroné de ces informations notamment en les présentant dans un style approprié aux personnes à qui il s'adresse.

§5. Précautions à prendre dans la recherche

4.05.01. Avant d'entreprendre une recherche, le travailleur social évalue les conséquences prévisibles pour les participants, notamment :

a) il s'assure que tous ceux qui collaborent avec lui à la recherche, partagent son souci de respecter intégralement les participants ;

b) il obtient le consentement des participants après les avoir informés de tous les aspects de la recherche, y compris les risques, s'il y en a.

4.05.02. Le travailleur social fait preuve d'honnêteté et de franchise dans sa relation avec les participants lorsque la méthodologie exige que certains aspects de la recherche ne soient pas dévoilés aux participants. Le travailleur social explique aux participants les raisons de cette démarche et s'assure que la qualité de la relation avec les participants soit maintenue.

4.05.03. Le travailleur social respecte le droit d'une personne de refuser de participer à une recherche ou de cesser d'y participer.

4.05.04. Le travailleur social fait preuve de prudence particulière lorsqu'il entreprend une expérience au cours

de laquelle la santé mentale ou physique d'une personne risque d'être affectée.

4.05.05. Dans l'utilisation de questionnaires, de dossiers ou d'autres instruments de recherche ou d'évaluation, le travailleur social est attentif à ce que la cueillette des données concernant la vie privée des gens ne leur cause préjudice.

4.05.06. Les données recueillies à des fins de recherche par le travailleur social, pour le compte d'un client, restent la propriété de ce client. L'emploi de ces données, par le travailleur social, à des fins de publication ou à d'autres fins, se conforme à la procédure établie par le client et aux dispositions régissant les droits d'auteur.

Code de déontologie des travailleurs sociaux

*Modifications apportées par le
Décret 1067-2000 publié à la Gazette
officielle du Québec le 20 septembre 2000
et entrées en vigueur le 5 octobre 2000.*

Règlement modifiant le Code de déontologie des travailleurs sociaux

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 87)

1. Le Code de déontologie des travailleurs sociaux est modifié par le remplacement de la sous-section 7 de la section III par la suivante:

«**§7. Accessibilité et rectification des dossiers et remise de documents**

3.07.01. Outre les règles particulières prescrites par la loi, le travailleur social doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par son client dont l'objet est:

1° de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet;

2° d'obtenir copie des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet.

3.07.02. Le travailleur social qui acquiesce à une demande visée par l'article 3.07.01 doit donner à son client accès aux documents gratuitement en sa présence ou en présence d'une personne qu'il a autorisée. Toutefois, le travailleur social peut, à l'égard d'une demande visée par le paragraphe 2° de l'article 3.07.01, exiger de son client des frais raisonnables n'excédant pas le coût d'une reproduction ou d'une transcription de documents ou le coût de transmission d'une copie.

Le travailleur social qui exige de tels frais doit, avant de procéder à la reproduction, à la transcription ou à la transmission, informer son client du montant approximatif qu'il sera appelé à déboursier. Le travailleur social a un droit de rétention pour le paiement de tels frais.

3.07.03. Le travailleur social qui, en application du deuxième alinéa de l'article 60.5 du Code des professions, refuse à son client l'accès à un renseignement contenu dans un dossier constitué à son sujet, doit indiquer à son client, par écrit, les motifs de son refus.

3.07.04. Outre les règles particulières prescrites par la loi, le travailleur social doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par son client dont l'objet est:

1° de faire corriger, dans un document qui le concerne et qui est inclus dans tout dossier constitué à son sujet, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques en regard des fins pour lesquelles ils sont recueillis;

2° de faire supprimer tout renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier constitué à son sujet;

3° de verser au dossier constitué à son sujet les commentaires qu'il a formulés par écrit.

3.07.05. Le travailleur social qui acquiesce à une demande visée par l'article 3.07.04 doit délivrer à son client, sans frais, une copie du document ou de la partie du document qui permet à son client de constater que les renseignements y ont été corrigés ou supprimés ou, selon le cas, une attestation que les commentaires écrits que son client a formulés ont été versés au dossier.

À la demande écrite de son client, le travailleur social doit transmettre une copie, sans frais pour son client, de ces renseignements ou, selon le cas, de cette attestation à toute personne de qui le travailleur social a reçu ces renseignements ainsi qu'à toute personne à qui ces renseignements ont été communiqués.

3.07.06. Le travailleur social doit donner suite, avec diligence, à toute demande écrite faite par son client, dont l'objet est de reprendre possession d'un document ou d'une pièce que son client lui a confié.

Le travailleur social indique au dossier de son client, le cas échéant, les motifs au soutien de la demande de son client.

3.07.07. Le travailleur social peut exiger qu'une demande visée par les articles 3.07.01, 3.07.04 ou 3.07.06 soit faite à son domicile professionnel durant ses heures habituelles de travail. »

2. L'article 4.01.01 de ce code est modifié par le remplacement de la partie qui précède le paragraphe a par la suivante:

« Outre ceux visés par les articles 59 et 59.1 du Code des professions et ce qui peut être déterminé en application du paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 152 de ce code, les actes suivants sont dérogoires à l'honneur et à la dignité de la profession: »

3. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

Cette publication est un extrait des Règlements refondus du Québec. Elle est tirée de l'édition de la refonte des règlements préparée par la Direction de la refonte des lois et des règlements publiée chez l'Éditeur officiel du Québec.

Les modifications à ce règlement adoptées et entrées en vigueur entre la date de première parution et la date d'édition indiquée sur la page couverture ont été intégrées au texte publié ici.

Pour plus de renseignements sur le contenu même de ce règlement, le lecteur peut consulter la note de présentation placée au début de cette publication.



Éditeur officiel
Québec



Modifications au Code de déontologie

Important pour tous les travailleurs sociaux en établissement public et en cabinet privé

Depuis le 15 octobre 1994, notre Code de déontologie comporte deux modifications très importantes concernant :

- 1) le secret professionnel (articles 3.06.01, 3.06.02 et 3.06.13)
- 2) la publicité et le symbole graphique de la Corporation (sections V & VI).

Règlement modifiant le Code de déontologie des travailleurs sociaux

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 87, par. 5°)

1. Le Code de déontologie des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 180) est modifié par le remplacement des articles 3.06.01 et 3.06.02 par les suivants :
 - «3.06.01. Le travailleur social doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession.
Le travailleur social ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne.
Le travailleur social doit toutefois s'assurer que son client soit pleinement informé des utilisations éventuelles des renseignements confidentiels qu'il a obtenus.
 - «3.06.02. Le travailleur social ne doit pas dévoiler ou transmettre un rapport d'évaluation psychosociale à un tiers, sauf si sa communication est nécessaire dans le cadre de l'application de la loi et que le tiers la requiert dans l'exercice de ses fonctions.»
2. L'article 3.06.08 de ce code est modifié par la suppression, dans la quatrième ligne, du mot «écrite».
3. Ce code est modifié par l'insertion, après l'article 3.06.12, du suivant :
 - «3.06.13. Lorsqu'il est relevé du secret professionnel, le travailleur social ne peut divulguer que les seuls renseignements qui apparaissent nécessaires pour faire valoir les intérêts de son client, notamment dans l'application d'un programme législatif auquel il est appelé à collaborer.»
4. Ce code est modifié par l'insertion, après l'article 4.05.06, des sections suivantes :

«SECTION V

RESTRICTIONS ET OBLIGATIONS RELATIVES À LA PUBLICITÉ

- «5.01. Un travailleur social peut mentionner dans sa publicité toutes les informations susceptibles d'aider le public à faire un choix éclairé et de favoriser l'accès à des services utiles ou nécessaires.
Cette publicité doit favoriser le maintien et le développement du professionnalisme.
- «5.02. Nul travailleur social ne peut faire, ou permettre que soit faite, par quelque moyen que ce soit, de la publicité fautive, trompeuse ou susceptible d'induire en erreur.
- «5.03. Un travailleur social ne peut s'attribuer des qualités ou habiletés particulières, notamment quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services, que s'il est en mesure de les justifier.
- «5.04. Le travailleur social ne peut, dans sa publicité, utiliser ou permettre que soit utilisé un témoignage d'appui ou de reconnaissance qui le concerne.
- «5.05. Le travailleur social ne peut, de quelque façon que ce soit, faire ou laisser faire de la publicité destinée à des personnes qui peuvent être, sur le plan physique ou émotif, vulnérables du fait de leur âge ou de la survenance d'un événement spécifique.
- «5.06. Le travailleur social qui, dans sa publicité, annonce des honoraires ou des prix doit le faire d'une manière compréhensible pour un public qui n'a pas de connaissances particulières en service social et doit :
 - 1° les maintenir en vigueur pour la période mentionnée dans la publicité, laquelle période ne devra pas être inférieure à 90 jours, après la dernière diffusion ou publication autorisée;
 - 2° préciser les services inclus dans ces honoraires ou ces prix;
 - 3° indiquer si les frais sont ou non inclus.
- «5.07. Dans le cas d'une publicité relative à un prix spécial ou à un rabais, le travailleur social doit mentionner la durée de la validité de ce prix spécial ou de ce rabais, le cas échéant. Cette durée peut être inférieure à 90 jours.
- «5.08. Le travailleur social ne peut, par quelque moyen que ce soit, accorder dans une déclaration ou un message publicitaire, plus d'importance à un prix spécial ou à un rabais qu'au service offert.
- «5.09. Le travailleur social doit conserver une copie intégrale de toute publicité dans sa forme d'origine, pendant une période de cinq ans suivant la date de la dernière diffusion ou publication. Sur demande, cette copie doit être remise au syndic.
- «5.10. Tous les associés d'une société de travailleurs sociaux sont solidairement responsables du respect des règles relatives à la publicité, à moins que la publicité n'indique clairement le nom du travailleur social qui en est responsable.

«SECTION VI

SYMBOLE GRAPHIQUE DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE

DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

- «6.01. La Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec est représentée par un symbole graphique conforme à l'original détenu par le secrétaire de la corporation.
 - «6.02. Lorsque le travailleur social reproduit le symbole graphique de la corporation pour les fins de sa publicité, il doit s'assurer que ce symbole est conforme à l'original détenu par le secrétaire de la corporation.»
5. Le présent règlement remplace le Règlement sur la publicité des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 188).
 6. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à La Gazette officielle du Québec.

CODE CIVIL DU QUÉBEC (extraits)

LIVRE PREMIER - DES PERSONNES

TITRE DEUXIÈME - DE CERTAINS DROITS DE LA PERSONNALITÉ

CHAPITRE PREMIER - DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

10. *Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.*

SECTION I - DES SOINS

11. *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.*

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son incapacité peut le remplacer.

12. *Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.*

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

14. *Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.*

Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

15. *Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.*

17. *L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.*

Elle est, enfin, nécessaire, pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

Nous remercions Me André Gariépy, adjoint au président et conseiller juridique, Corporation professionnelle des psychologues du Québec, auteur de ce texte, qui nous a aimablement accordé l'autorisation de le reproduire.

Loi 68: Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec a la responsabilité de protéger la confidentialité de toute information concernant ses membres dont elle a la garde. Ces informations peuvent se retrouver dans les dossiers suivants : dossiers d'admissions et d'équivalences, dossiers d'inspection professionnelle, dossiers de plainte et d'enquête et dossiers disciplinaires.

Toute information contenue dans ces dossiers est strictement confidentielle et accessible au membre seulement ou au personnel concerné qui est tenu à une stricte confidentialité. L'Ordre continuera à assumer son rôle de gardien de ces informations avec le plus grand souci du respect de cette loi.

René Pagé, t.s.

Secrétaire et directeur général

Règlements adoptés en vertu du Code des professions et concernant les travailleurs sociaux

[C-26,
r. 179.1 à
r. 189.1]

à jour au 17 janvier 1995

dernière modification: 20 octobre 1994

Québec ☐☐

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 1995
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-551-16213-0

© Éditeur officiel du Québec, 1995

Tous droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, réservés pour tous pays. Toute reproduction par procédé mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, est interdite sans l'autorisation écrite de l'Éditeur officiel du Québec.



C-26, r.182

**Règlement sur les conditions et modalités
de délivrance de permis de l'ordre
professionnel des travailleurs sociaux du
Québec**

(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. i)

**SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

1.01 Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

- a) «Ordre»: l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec;
- b) «secrétaire»: le secrétaire de l'ordre.

**SECTION II
MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DES PERMIS**

2.01 Le Bureau délivre un permis à la personne qui en fait la demande au secrétaire, accompagnée de ce qui suit:

- a) une attestation qu'elle détient un diplôme reconnu par le gouvernement en vertu du paragraphe a du premier alinéa de l'article 184 du Code de professions (L.R.Q., c. C-26) ou reconnu équivalent par le Bureau en vertu du paragraphe g ou h du premier alinéa de l'article 86 de ce Code;

b) Abrogé.

R.R.Q., 1981, c. C-26, r.182, a.2.01;D.1273-88, a.1.

Présentation

Cette publication contient différents textes réglementaires adoptés en vertu du Code des professions et concernant les travailleurs sociaux. Certains de ces textes sont tirés de l'édition des Règlements refondus du Québec préparée par la Direction de la refonte des lois et des règlements publiée chez l'Éditeur officiel du Québec. Les autres textes, postérieurs à la refonte officielle des règlements de 1981, sont d'abord parus dans la *Gazette officielle du Québec*, Partie 2.

L'éditeur y a intégré, le cas échéant, les modifications adoptées et entrées en vigueur entre la date de première parution et la date d'édition de cette publication qui apparaît sur la page couverture.

La liste de ces modifications apparaît ci-contre. La date de leur entrée en vigueur est indiquée entre parenthèses après la référence. Veuillez noter que les crochets indiquent qu'il s'agit d'une référence postérieure à la refonte.

Rappelons que cette publication n'a pas de valeur officielle et que les seuls textes authentiques sont ceux parus à la *Gazette officielle*.

Modification(s) entrée(s) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1982:

[C-26, r. 179.1]:
Décret 778-93, 2 juin 1993
(1993) G.O., 4120 (eff. 93-07-08);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 179.2]:
Décret 779-93, 2 juin 1993
(1993) G.O., 4124 (eff. 93-07-08);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

C-26, r. 180:
Décret 1367-94, 7 septembre 1994
(1994) G.O., 5777 (eff. 94-10-13);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 181.2]:
Décret 827-93, 9 juin 1993
(1993) G.O., 4142 (eff. 93-07-08);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

C-26, r. 182:
Décret 1273-88, 24 août 1988
(1988) G.O., 4733 (eff. 88-09-02);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 183.1]:

Décret 447-92, 25 mars 1992
(1992) G.O., 2477 (eff. 92-04-23);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 185.1]:

Décision, 27 novembre 1981
Supplément, 283 (rev. 82-07-21);
(eff. 81-02-11);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 185.2]:

Décret 1358-93, 22 septembre 1993
(1993) G.O. 6958 (eff. 93-10-21);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 188.2]:

Décret 1369-94, 7 septembre 1994
(1994) G.O., 5936 (eff. 94-10-20);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

C-26, r. 189:

Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

[C-26, r. 189.1]:

Décret 929-88, 15 juin 1988
(1988) G.O., 3391 (eff. 88-07-14);
Lois du Québec de 1994, chapitre 40,
article 457 (eff. 94-10-15).

Sommaire

Référence

Code de déontologie des travailleurs sociaux	C-26, r. 180
Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux	[C-26, r. 189.1]
Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 185.2]
Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 181.2]
Règlement sur la cessation d'exercice d'un membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 179.2]
Règlement sur les stages de perfectionnement des travailleurs sociaux	C-26, r. 189
Règlement sur les normes d'équivalence de diplômes pour la délivrance d'un permis de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 185.1]
Règlement sur les affaires du Bureau, le comité administratif et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 179.1]
Règlement sur les élections au Bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec	[C-26, r. 183.1]

**Règlement sur la représentation du
Bureau de l'Ordre professionnel des
travailleurs sociaux du Québec et sur
la délimitation des régions électorales [C-26, r. 188.2]**

**Règlement sur les conditions et
modalités de délivrance de permis
de l'Ordre professionnel des
travailleurs sociaux du Québec C-26, r. 182**



C-26, r.180

Code de déontologie des travailleurs sociaux

(L.R.Q., c. C-26, a. 87).

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01 Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

a) «Ordre»: l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec;

b) «travailleur social»: une personne inscrite au tableau de l'ordre;

c) «client»: une personne, un groupe, une collectivité ou un organisme bénéficiant des services d'un travailleur social;

d) «tiers»: une personne, un groupe ou une institution extérieur à la relation client - travailleur social.

1.02 La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16), avec ses modifications présentes et futures, s'applique au présent règlement.

SECTION II DEVOIRS GÉNÉRAUX ET OBLIGATIONS ENVERS LE PUBLIC

2.01 Dans l'exercice de ses activités, le travailleur social tient compte des normes professionnelles généralement reconnues en service social. Il tient compte aussi, notamment, de l'ensemble des conséquences prévisibles de son activité professionnelle non seulement sur le client mais aussi sur la société.

2.02 Le travailleur social favorise et appuie toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services professionnels en service social.

2.03 Le travailleur social, reconnaissant comme un objectif important à sa profession l'information et l'éducation du public en matière de service social, pose les gestes qu'il juge appropriés en fonction de cet objectif.

SECTION III DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

§ 1. Dispositions générales

3.01.01 Le travailleur social tient compte des considérations éthiques des clientèles et du contexte dans lequel il va oeuvrer. Avant d'accepter un mandat et durant son exécution, le travailleur social tient compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose. Il n'entreprend pas des travaux pour lesquels il n'est pas préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.

3.01.02 Le travailleur social reconnaît en tout temps le droit du client de consulter un autre travailleur social, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente.

3.01.03 Le travailleur social s'abstient d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services. Lorsque des pressions d'ordre pécuniaire, institutionnel ou politique nuisent à l'exercice de sa profession, il doit indiquer clairement à son client, les conséquences qui peuvent en découler.

3.01.04 Le travailleur social fait en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin, notamment, le travailleur social:

a) s'abstient d'exercer sa profession d'une manière impersonnelle;

b) respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client.

3.01.05 Le travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client.

3.01.06 Le travailleur social s'abstient d'intervenir dans les affaires personnelles de son client en des matières ne relevant pas de sa compétence.

3.01.07 Le travailleur social s'abstient en tout temps d'exercer contrairement aux normes généralement reconnues dans sa profession.

§ 2. Intégrité et objectivité

3.02.01 Le travailleur social s'acquitte de ses obligations professionnelles avec intégrité et objectivité.

3.02.02 Le travailleur social renseigne son client sur tous les aspects de ses activités professionnelles susceptibles de l'aider à décider de recourir ou non à ses services.

3.02.03 Le travailleur social informe dès que possible son client de l'ampleur et des conséquences du mandat que ce dernier lui a confié ou qu'un tiers lui a confié à son sujet et il doit obtenir son accord à ce sujet.

3.02.04 Le travailleur social expose à son client, de façon complète et objective, la nature et la portée du problème qui lui est soumis, des solutions possibles et de leurs implications.

3.02.05 Le travailleur social évite toute fausse représentation quant à sa compétence ou quant à l'efficacité de ses propres services ou de ceux qui sont généralement dispensés par les membres de son Ordre.

3.02.06 Si le bien de son client l'exige, le travailleur social peut, avec son autorisation, consulter un autre travailleur social, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente; il peut aussi le diriger vers l'une ou l'autre de ces personnes.

3.02.07 Dans la mesure du possible, le travailleur social s'abstient de rendre des services professionnels aux membres de sa propre famille, à ses amis intimes, collègues de travail, employés et étudiants à qui il enseigne.

3.02.08 Le travailleur social se comporte, à l'égard de son client, d'une façon digne et irréprochable sur tous les plans.

3.02.09 Le travailleur social ne recourt à aucun procédé dans le but de contraindre une personne à faire des aveux contre sa volonté.

3.02.10 Sauf en ce qui concerne ses honoraires, le travailleur social ne contracte aucun lien économique avec son client.

3.02.11 Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social agit avec modération et évite de multiplier, sans raisons suffisantes, des actes destinés à répondre aux besoins de son client. Le travailleur social évite également de poser des actes qui seraient inappropriés ou disproportionnés aux besoins de son client.

§ 3. Disponibilité et diligence

3.03.01 Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social fait preuve de disponibilité et de diligence. Quand il ne peut répondre à une demande dans un délai raisonnable, il en explique les motifs à son client.

3.03.02 Le travailleur social fournit à son client les informations nécessaires à la compréhension et à l'évaluation des services rendus ou à rendre.

3.03.03 Le travailleur social, sauf pour un motif juste et raisonnable, ne peut cesser de rendre des services à un client. Peuvent constituer, entre autres, des motifs justes et raisonnables:

- a) la perte de confiance du client;
- b) le fait que le client ne bénéficie plus des services du travailleur social;
- c) le fait que le travailleur social se trouve dans une situation de conflit telle que sa relation avec le client est compromise;
- d) l'incitation de la part du client à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux.

3.03.04 Le travailleur social qui, unilatéralement, cesse d'offrir ses services à un client, en avise ce dernier dans un délai raisonnable et veille à ce que cette situation ne soit pas préjudiciable au client.

§ 4. Responsabilité

3.04.01 Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social engage pleinement sa responsabilité civile personnelle. Il lui est interdit d'insérer dans un contrat de services une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité.

§ 5. Indépendance et désintéressement

3.05.01 Le travailleur social subordonne son intérêt personnel à celui de son client.

3.05.02 Le travailleur social ignore toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

3.05.03 Le travailleur social sauvegarde en tout temps son indépendance professionnelle et évite toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, le travailleur social:

a) est en conflit d'intérêts, lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son client ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci sont défavorablement affectés;

b) n'est pas indépendant comme conseiller pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

3.05.04 Quand le travailleur social réalise qu'il se trouve dans une situation de conflit d'intérêts ou qu'il risque de s'y trouver, il doit en informer son client et lui demander s'il l'autorise à continuer son mandat.

3.05.05 Le cas échéant, un travailleur social partage ses honoraires avec une autre personne dans la mesure où ce partage correspond à une répartition des services et des responsabilités.

3.05.06 Le travailleur social s'abstient de recevoir en plus de la rémunération à laquelle il a droit, tout avantage, ristourne ou commission relatifs à l'exercice de sa profession. De même, il ne doit pas verser ou offrir de verser un tel avantage, ristourne ou commission.

3.05.07 Pour un service donné, le cas échéant, le travailleur social accepte des honoraires d'une seule source, sauf entente entre toutes les parties intéressées. Il n'accepte le versement de ces honoraires que de son client ou de son représentant.

3.05.08 Dans une situation conflictuelle, le travailleur social agit pour une seule des parties en cause. Si ses devoirs professionnels exigent qu'il

agisse autrement, le travailleur social précise la nature de ses responsabilités et tient toutes les parties concernées informées qu'il cessera d'agir si la situation devient incompatible avec son devoir d'impartialité.

§ 6. Secret professionnel

3.06.01 Le travailleur social doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession.

Le travailleur social ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne.

Le travailleur social doit s'assurer que son client soit pleinement informé des utilisations éventuelles des renseignements confidentiels qu'il a obtenus.

R.R.Q., 1981, c. C-26, r.180, a.3.06.01; D.1367-94, a.1.

3.06.02 Le travailleur social ne doit pas dévoiler ou transmettre un rapport d'évaluation psychosociale à un tiers, sauf si sa communication est nécessaire dans le cadre de l'application de la loi et que le tiers la requiert dans l'exercice de ses fonctions.

R.R.Q., 1981, c. C-26, r.180, a.3.06.02; D.1367-94, a.1.

3.06.03 Le travailleur social ne doit pas révéler qu'une personne a fait appel à ses services à moins que la nature de la situation ou du problème en cause ne rende cette révélation nécessaire ou inévitable, dans ce cas, il en informe le client dès que possible.

3.06.04 Le travailleur social évite les conversations indiscrettes au sujet de ses clients et des services qui leur sont rendus; il veille à ce que les personnes qui travaillent avec lui ne communiquent pas entre elles ou à des tiers des informations de nature confidentielle.

3.06.05 Le travailleur social cache l'identité de ses clients lorsqu'il utilise des informations obtenues de ceux-ci à des fins didactiques ou scientifiques.

3.06.06 Le travailleur social informe les participants à une session de groupe de la possibilité que soit révélé un aspect quelconque de la vie privée de l'un ou l'autre d'entre eux et il les engage à respecter le caractère privé et confidentiel des communications qu'ils pourront obtenir durant cette session.

3.06.07 Le travailleur social appelé à faire une expertise sociale devant un tribunal, informe de son mandat les personnes impliquées dans cette expertise. Son rapport et sa déposition devant le tribunal se limitent aux éléments relatifs à la cause.

3.06.08 Le contenu du dossier concernant un client, tenu par un travailleur social, ne peut être divulgué, confié ou remis à un tiers, en tout ou en partie, qu'avec l'autorisation du client concerné, ou lorsque la loi l'exige.

R.R.Q., 1981, c. C-26, r.180, s.3.06.08; D.1367-94, s.2.

3.06.09 Dans le cas où le travailleur social désire enregistrer ou filmer une entrevue, il obtient préalablement la permission écrite de son client, et il s'assure que des mesures de conservation sont prises qui sauvegardent la confidentialité de cet enregistrement ou de ce film.

3.06.10 Lorsque le travailleur social intervient auprès d'un couple ou d'une famille, le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille doit être sauvegardé. Le travailleur social garde secrets, si c'est la volonté expresse du client, les éléments du dossier ou les informations provenant de chacun des membres du couple ou de la famille.

3.06.11 Le travailleur social ne fait pas usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice de son client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3.06.12 Sauf dans un cas exceptionnel, le travailleur social ne doit pas refuser ses services à un client qui n'accepte pas de le relever de son secret professionnel.

3.06.13 Lorsqu'il est relevé du secret professionnel, le travailleur social ne peut divulguer que les seuls renseignements qui apparaissent nécessaires pour faire valoir les intérêts de son client, notamment dans l'application d'un programme législatif auquel il est appelé à collaborer.

D.1367-94, s.3.

§ 7. Accessibilité des dossiers

3.07.01 À moins de contre-indication sérieuse, le travailleur social respecte le droit de son client de prendre connaissance des documents le concernant

dans le dossier constitué à son sujet et d'obtenir des copies de ces documents. Constitue une contre-indication sérieuse le fait que la prise de connaissance des documents au dossier porte un préjudice grave au client.

3.07.02 Dans le cas d'une demande de consultation d'un autre professionnel, le travailleur social ne peut permettre au client concerné de prendre connaissance des documents qui se trouvent dans le dossier constitué à son sujet sans l'autorisation du professionnel qui a ainsi requis ses services.

§ 8. Fixation et paiement des honoraires

3.08.01 Le travailleur social demande et accepte des honoraires justes et raisonnables.

3.08.02 Les honoraires sont justes et raisonnables s'ils sont justifiés par les circonstances et proportionnés aux services rendus. Le travailleur social tient notamment compte des facteurs suivants, pour la fixation de ses honoraires:

- a) le temps consacré à l'exécution du service professionnel;
- b) la difficulté et l'importance du service;
- c) la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une célérité exceptionnelles.

3.08.03 Le travailleur social fournit à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension du relevé d'honoraires et des modalités de paiement.

3.08.04 Le travailleur social s'abstient d'exiger d'avance le paiement de ses services. Il prévient son client du coût approximatif et prévisible de ses services.

3.08.05 Le travailleur social perçoit des intérêts sur les comptes en souffrance seulement après avoir dûment avisé son client. Les intérêts ainsi exigés sont d'un taux raisonnable.

3.08.06 Avant de recourir à des procédures judiciaires, le travailleur social épuise les moyens raisonnables dont il dispose lui-même pour obtenir le paiement de ses honoraires.

3.08.07 Lorsqu'un travailleur social confie à une autre personne la perception de ses honoraires, il s'assure, dans la mesure du possible, que celle-ci procède avec tact et mesure.

SECTION IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION

§ 1. Actes dérogatoires

4.01.01 En plus des actes mentionnés aux articles 57 et 58 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), sont dérogatoires à la dignité de la profession, les actes suivants:

a) inciter quelqu'un de façon pressante et répétée à recourir à ses services professionnels;

b) réclamer du client une somme d'argent pour un service professionnel ou une partie d'un service professionnel dont le coût est assumé par un tiers, à moins qu'il y ait une entente formelle à cet effet entre le travailleur social, le client et ce tiers;

c) conseiller ou encourager un client à poser un acte illégal ou frauduleux;

d) communiquer, directement ou indirectement, avec un plaignant, sans la permission écrite et préalable du syndic de l'ordre ou de son adjoint, lorsque le travailleur social est informé d'une enquête sur sa conduite ou sur sa compétence professionnelle ou lorsqu'il a reçu signification d'une plainte à son endroit;

e) ne pas signaler à l'ordre qu'il a des raisons de croire qu'un travailleur social est incompetent ou déroge à la déontologie professionnelle;

f) fournir un reçu ou un autre document servant à indiquer faussement que des services ont été dispensés;

g) réclamer des honoraires pour des actes professionnels non dispensés;

h) présenter à un client une note d'honoraires pour entrevue, communication ou correspondance avec le syndic, quand ce dernier demande au travailleur social des explications ou des renseignements concernant une plainte d'un client ou de toute autre personne;

i) ne pas informer en temps utile l'ordre lorsqu'il sait qu'un candidat ne rencontre pas les conditions d'admission à l'ordre;

j) permettre à une personne qui n'est pas membre de l'ordre de porter le titre de travailleur social;

k) inciter un client à qui le travailleur social rend des services professionnels, dans le cadre de sa pratique dans un organisme, à devenir son client en pratique privée.

§ 2. Relations professionnelles

4.02.01 Le travailleur social répond dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant du syndic de l'ordre ou de ses adjoints, des enquêteurs ou des membres du comité d'inspection professionnelle.

4.02.02 Le travailleur social ne surprend pas la bonne foi d'un confrère et ne se rend pas coupable envers lui d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux. Notamment, il ne s'attribue pas le mérite de travaux qui revient à un collègue ou qui ont été faits en collaboration.

4.02.03 Le travailleur social consulté par un collègue fournit à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.

4.02.04 Le travailleur social engagé dans une pratique professionnelle conjointement avec d'autres travailleurs sociaux ou avec d'autres personnes, voit à ce que cette pratique ne cause aucun préjudice aux clients.

4.02.05 Le travailleur social appelé à collaborer avec un autre travailleur social ou avec une autre personne préserve son indépendance professionnelle. Si on lui confie une tâche contraire à sa conscience professionnelle ou aux normes de sa profession, il s'en dispense.

4.02.06 Le travailleur social, à qui l'ordre demande de participer à un conseil d'arbitrage de comptes, à un comité de discipline ou d'inspection professionnelle, accepte cette fonction à moins de motifs exceptionnels.

4.02.07 Le travailleur social, dans la mesure de ses possibilités, aide au développement de sa profession soit par l'échange de connaissances et d'expériences avec ses collègues et des étudiants, soit par sa participation aux cours et aux stages de formation continue.

§ 3. Déclarations publiques

4.03.01 Dans ses déclarations publiques traitant de travail social, le travailleur social évite toute affirmation revêtant un caractère purement sensationnel ou trop excessif.

4.03.02 Le travailleur social qui donne publiquement des indications sur les procédés et techniques de service social, souligne, au besoin, les réserves quant à l'usage de ces procédés et techniques.

4.03.03 Le travailleur social fait preuve d'objectivité et de modération lorsqu'il commente en public les méthodes de travail social usuelles ou nouvelles, différentes de celles qu'il emploie, lorsqu'elles satisfont aux normes professionnelles et scientifiques.

4.03.04 Dans toute activité de nature professionnelle destinée au public tels que des conférences ou démonstrations publiques, des articles de journaux ou de magazines, des programmes ou messages adressés par courrier, le travailleur social prend soin de souligner la valeur relative de ces types d'activités professionnelles.

4.03.05 Le travailleur social s'abstient de participer en tant que travailleur social à toute forme de réclame publicitaire recommandant au public l'achat ou l'utilisation d'un produit quelconque.

§ 4. Interprétation du matériel social

4.04.01 Le travailleur social interprète avec prudence les données recueillies lors de ses observations et expertises et celles qu'il a obtenues de ses collègues. Dans tout rapport social, écrit ou verbal, il s'efforce de réduire toute possibilité de mésinterprétation ou l'emploi erroné de ces informations notamment en les présentant dans un style approprié aux personnes à qui il s'adresse.

§ 5. Précautions à prendre dans la recherche

4.05.01 Avant d'entreprendre une recherche, le travailleur social évalue les conséquences prévisibles pour les participants, notamment:

a) il s'assure que tous ceux qui collaborent avec lui à la recherche, partagent son souci de respecter intégralement les participants;

b) il obtient le consentement des participants après les avoir informés de tous les aspects de la recherche, y compris les risques, s'il y en a.

4.05.02 Le travailleur social fait preuve d'honnêteté et de franchise dans sa relation avec les participants lorsque la méthodologie exige que certains aspects de la recherche ne soient pas dévoilés

aux participants. Le travailleur social explique aux participants les raisons de cette démarche et s'assure que la qualité de la relation avec les participants soit maintenue.

4.05.03 Le travailleur social respecte le droit d'une personne de refuser de participer à une recherche ou de cesser d'y participer.

4.05.04 Le travailleur social fait preuve de prudence particulière lorsqu'il entreprend une expérience au cours de laquelle la santé mentale ou physique d'une personne risque d'être affectée.

4.05.05 Dans l'utilisation de questionnaires, de dossiers ou d'autres instruments de recherche ou d'évaluation, le travailleur social est attentif à ce que la cueillette des données concernant la vie privée des gens ne leur cause préjudice.

4.05.06 Les données recueillies à des fins de recherche par le travailleur social, pour le compte d'un client, restent la propriété de ce client. L'emploi de ces données, par le travailleur social, à des fins de publication ou à d'autres fins, se conforme à la procédure établie par le client et aux dispositions régissant les droits d'auteur.

SECTION V RESTRICTIONS ET OBLIGATIONS RELATIVES À LA PUBLICITÉ

5.01 Un travailleur social peut mentionner dans sa publicité toutes les informations susceptibles d'aider le public à faire un choix éclairé et de favoriser l'accès à des services utiles ou nécessaires.

Cette publicité doit favoriser le maintien et le développement du professionnalisme.

D.1367-94, a.4.

5.02 Nul travailleur social ne peut faire, ou permettre que soit faite, par quelque moyen que ce soit, de la publicité fautive, trompeuse ou susceptible d'induire en erreur.

D.1367-94, a.4.

5.03 Un travailleur social ne peut s'attribuer des qualités ou habiletés particulières, notamment quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services, que s'il est en mesure de les justifier.

D.1367-94, a.4.

5.04 Le travailleur social ne peut, dans sa publicité, utiliser ou permettre que soit utilisé un témoignage d'appui ou de reconnaissance qui le concerne.

D.1367-94, a.4.

5.05 Le travailleur social ne peut, de quelque façon que ce soit, faire ou laisser faire de la publicité destinée à des personnes qui peuvent être, sur le plan physique ou émotif, vulnérables du fait de leur âge ou de la survenance d'un événement spécifique.

D.1367-94, a.4.

5.06 Le travailleur social qui, dans sa publicité, annonce des honoraires ou des prix doit le faire d'une manière compréhensible pour un public qui n'a pas de connaissances particulières en service social et doit:

1° les maintenir en vigueur pour la période mentionnée dans la publicité, laquelle période ne devra pas être inférieure à 90 jours, après la dernière diffusion ou publication autorisée;

2° préciser les services inclus dans ces honoraires ou ces prix;

3° indiquer si les frais sont ou non inclus.

D.1367-94, a.4.

5.07 Dans le cas d'une publicité relative à un prix spécial ou à un rabais, le travailleur social doit mentionner la durée de la validité de ce prix spécial ou de ce rabais, le cas échéant. Cette durée peut être inférieure à 90 jours.

D.1367-94, a.4.

5.08 Le travailleur social ne peut, par quelque moyen que ce soit, accorder dans une déclaration ou un message publicitaire, plus d'importance à un prix spécial ou à un rabais qu'au service offert.

D.1367-94, a.4.

5.09 Le travailleur social doit conserver une copie intégrale de toute publicité dans sa forme d'origine, pendant une période de cinq ans suivant la date de la dernière diffusion ou publication. Sur demande, cette copie doit être remise au syndic.

D.1367-94, a.4.

5.10 Tous les associés d'une société de travailleurs sociaux sont solidairement responsables du respect des règles relatives à la publicité, à moins que la publicité n'indique clairement le nom du travailleur social qui en est responsable.

D.1367-94, a.4.

SECTION VI SYMBOLE GRAPHIQUE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

6.01 L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec est représentée par un symbole graphique conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'ordre.

D.1367-94, a.4.

6.02 Lorsque le travailleur social reproduit le symbole graphique de l'ordre pour les fins de sa publicité, il doit s'assurer que ce symbole est conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'ordre.

D.1367-94, a.4.



[C-26, r.189.1]

Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux

(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. c et d)

SECTION I TENUE DES DOSSIERS

1. Le travailleur social inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec doit tenir un dossier pour chaque client. Il doit conserver ce dossier à l'endroit où il exerce sa profession.

2. Le travailleur social peut utiliser l'informatique ou toute autre technique comme moyen additionnel pour la tenue de ses dossiers pourvu que la confidentialité des renseignements qui y sont contenus soit assurée.

3. Le travailleur social doit inscrire dans le dossier d'un client les renseignements suivants:

1° la date d'ouverture du dossier;

2° lorsque le client est une personne physique, ses nom et prénoms à la naissance, son sexe, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone;

3° lorsque le client est une société ou une personne morale, sa raison sociale, l'adresse de son établissement, son numéro de téléphone, de même que les nom et prénoms d'un représentant, son adresse, son numéro de téléphone et le titre de sa fonction;

4° une description sommaire des motifs de la consultation et un résumé de l'évaluation et des moyens d'intervention envisagés par le travailleur social;

5° une description des services professionnels rendus et leur date;

6° une synthèse des résultats obtenus et, le cas échéant, les recommandations faites au client;

7° les annotations, la correspondance et les autres documents relatifs aux services professionnels rendus;

8° les rapports d'autres professionnels obtenus avec l'autorisation du client;

9° l'identification du travailleur social sur les notes et rapports qu'il a rédigés et inclus au dossier.

4. Le travailleur social doit tenir à jour chaque dossier jusqu'au moment où il cesse de rendre des services professionnels au client concerné par ce dossier.

5. Le travailleur social doit conserver ses dossiers dans un local ou un meuble auquel le public n'a pas librement accès et pouvant être fermé à clef ou autrement.

6. Le travailleur social doit conserver chaque dossier au moins cinq ans à compter de la date du dernier service professionnel rendu.

À l'expiration de ce délai, il peut procéder à l'élimination d'un dossier en s'assurant de la confidentialité des renseignements qui y sont contenus.

7. Dans le cas où un client retire un document de son dossier ou demande au travailleur social de transmettre à une tierce personne des renseignements contenus au dossier, le travailleur social doit insérer dans ce dossier une note en ce sens, signée par le client et datée.

8. Lorsqu'un travailleur social exerce dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5), le dossier du bénéficiaire au sens de cette loi et de ses règlements est considéré, aux fins du présent règlement, comme le dossier de ce travailleur social s'il peut y inscrire ou y faire inscrire, sous forme de rapport ou autrement, les renseignements mentionnés à l'article 3; dans un tel cas, le travailleur social n'est pas tenu de se conformer aux articles 6 et 7 de la présente convention.

Le travailleur social doit signer ou parapher toute inscription qu'il introduit au dossier.

9. Lorsqu'un travailleur social est membre ou à l'emploi d'une société ou lorsqu'il est à l'emploi d'une personne physique ou morale, il peut, s'il le juge à propos, inclure dans les dossiers de cette société ou de cet employeur tout ou partie des éléments ou renseignements mentionnés à l'article 3

relativement aux clients à qui il dispense ses services. Si ces éléments ou renseignements ne sont pas ainsi inclus dans les dossiers de cette société ou de cet employeur, il doit tenir un dossier pour chacun de ses clients.

Le travailleur social doit signer ou parapher toute inscription ou tout rapport qu'il introduit dans un dossier de cette société ou de cet employeur.

10. Le travailleur social visé aux articles 8 et 9 peut conserver copie de toute inscription ou de tout rapport qu'il a inclus dans un dossier de l'établissement, de la société ou de son employeur en s'assurant de la confidentialité des renseignements qui y sont contenus.

SECTION II TENUE DES CABINETS DE CONSULTATION

11. Le cabinet de consultation du travailleur social doit être aménagé de façon à ce que l'identité et les conversations des personnes qui s'y trouvent ne puissent être perçues de l'extérieur de ce cabinet.

Le cabinet de consultation ne comprend pas la salle d'attente, ni la salle de travail du travailleur social ou celle de ses employés.

Le travailleur social qui exerce dans un établissement doit effectuer ses consultations dans un cabinet conforme au présent règlement.

12. On doit prévoir près du cabinet de consultation du travailleur social une salle d'attente pour ses clients.

13. Le travailleur social qui n'exerce pas à son propre compte ou qui n'est pas associé doit, après en avoir informé son employeur, aviser l'ordre si l'aménagement de son cabinet de consultation ou de sa salle d'attente n'est pas conforme aux articles 11 et 12.

14. Le travailleur social doit afficher son permis à la vue du public.

15. Le travailleur social ne peut afficher dans son cabinet de consultation et dans sa salle d'attente que les diplômes qui se rapportent à l'exercice de sa profession.

16. Le travailleur social doit exposer dans sa salle d'attente une copie du Code de déontologie des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 180). Dans le cas où il perçoit des honoraires, il doit exposer également une copie du Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 186).

Il doit inscrire sur chaque règlement l'adresse de l'ordre.

17. Le travailleur social qui s'absente de son cabinet de consultation pour plus de cinq jours ouvrables consécutifs doit prendre les mesures nécessaires pour informer les personnes qui tentent de le rejoindre de la durée de son absence et de la procédure à suivre en cas d'urgence.

18. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 29 juin 1988)



[C-26, r.185.2]

Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 88)

SECTION I CONCILIATION

1. Un client qui a un différend avec un membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec sur le montant d'un compte pour services professionnels non acquitté peut en demander par écrit la conciliation au syndic, tant que le travailleur social n'a pas fait une demande en justice pour le recouvrement de ce compte.

2. Un client qui a un différend avec un travailleur social sur le montant d'un compte pour services professionnels qu'il a déjà acquitté, en tout ou en partie, peut aussi en demander par écrit la conciliation au syndic dans les 45 jours de la date de la réception de ce compte.

Dans le cas où le paiement du compte a été prélevé ou retenu par le travailleur social sur les fonds qu'il détient ou qu'il reçoit pour ou au nom du client, le délai commence à courir au moment où ce dernier a connaissance du prélèvement ou de la retenue.

3. Un travailleur social ne peut faire une demande en justice pour le recouvrement d'un compte pour services professionnels avant l'expiration des 45 jours qui suivent la date de la réception du compte par le client.

4. Le syndic doit, dans les trois jours de la réception d'une demande de conciliation, en aviser le travailleur social concerné ou son bureau, à défaut de pouvoir l'aviser personnellement dans ce délai; il transmet de plus au client une copie du présent règlement.

Le travailleur social ne peut, à compter du moment où le syndic a reçu la demande de conciliation, faire une demande en justice pour le recouvrement de son compte, tant que le différend peut être réglé par conciliation ou par arbitrage.

Toutefois, un travailleur social peut demander des mesures provisionnelles conformément à l'article 940.4 du Code de procédure civile (L.R.Q., c. C-25).

5. Le syndic procède à la conciliation suivant la procédure qu'il juge la plus appropriée.

6. Si en cours de conciliation une entente intervient, elle est constatée par écrit, signée par le client et le travailleur social puis déposée auprès du secrétaire de l'ordre.

7. Si la conciliation n'a pas conduit à une entente dans un délai de 60 jours à compter de la date de la réception de la demande de conciliation, le syndic transmet un rapport sur le différend au client et au travailleur social, par courrier recommandé ou certifié.

Ce rapport porte, le cas échéant, sur les éléments suivants:

1° le montant du compte d'honoraires à l'origine du différend;

2° le montant que le client reconnaît devoir;

3° le montant que le travailleur social reconnaît devoir rembourser ou est prêt à accepter en règlement du différend;

4° le montant suggéré par le syndic, en cours de conciliation, à titre de paiement au travailleur social ou de remboursement au client.

Le syndic transmet de plus au client la formule prévue à l'annexe 1, en lui indiquant la procédure et le délai pour soumettre le différend à l'arbitrage.

SECTION II ARBITRAGE

§ 1. Demande d'arbitrage

8. Un client peut, dans les 20 jours de la réception d'un rapport de conciliation, demander l'arbitrage du compte en transmettant au secrétaire de l'ordre la formule prévue à l'annexe 1.

Le client accompagne sa demande d'arbitrage d'une copie du rapport de conciliation.

9. Le secrétaire de l'ordre doit, dans les trois jours de la réception d'une demande d'arbitrage, en aviser le travailleur social concerné ou son bureau, à défaut de ne pouvoir l'aviser personnellement dans ce délai.

10. Pour retirer sa demande d'arbitrage, le client doit aviser par écrit le secrétaire de l'ordre.

11. Le travailleur social qui reconnaît devoir rembourser un montant au client doit le déposer auprès du secrétaire de l'ordre qui en fait alors la remise à ce client.

Dans un tel cas, l'arbitrage se poursuit sur le seul montant encore en litige.

12. Si une entente survient entre les parties après la demande d'arbitrage, l'entente est consignée par écrit, signée par les parties et déposée auprès du secrétaire de l'ordre ou, si l'entente survient après la formation du conseil d'arbitrage, elle est consignée dans la sentence arbitrale.

§ 2. Conseil d'arbitrage

13. Un conseil d'arbitrage est composé de trois arbitres lorsque le montant en litige est de 1 500 \$ ou plus et d'un seul lorsque celui-ci est inférieur à 1 500 \$.

14. Le comité administratif nomme, parmi les membres de l'ordre, le ou les membres d'un conseil d'arbitrage et, s'il est composé de trois arbitres, il en désigne le président et le secrétaire.

15. Avant d'agir, les membres du conseil d'arbitrage prêtent le serment ou font l'affirmation solennelle prévu à l'annexe II du présent règlement.

16. Le secrétaire de l'ordre avise par écrit les arbitres et les parties de la formation d'un conseil d'arbitrage.

17. Une demande de récusation à l'égard d'un arbitre ne peut être faite que pour l'un des motifs prévus à l'article 234 du Code de procédure civile. Elle doit être communiquée par écrit au secrétaire de l'ordre, au conseil d'arbitrage et aux parties ou à leurs avocats dans les 20 jours de la réception de l'avis prévu à l'article 16 ou de la connaissance du motif de récusation.

Le comité administratif adjuge sur cette demande et, le cas échéant, pourvoit au remplacement.

§ 3. Audience

18. Le secrétaire de l'ordre donne aux parties ou à leurs avocats et aux arbitres un avis écrit d'au moins 10 jours de la date, de l'heure et du lieu de l'audience.

19. Les parties ont le droit de se faire représenter par un avocat ou d'en être assistées.

20. Un conseil d'arbitrage, avec diligence, entend les parties, reçoit leur preuve ou constate leur défaut. À ces fins, il adopte la procédure qui lui paraît la plus appropriée.

21. Si une partie requiert l'enregistrement des témoignages, elle en assume le coût.

22. Au cas de décès ou d'empêchement d'agir d'un arbitre, les autres terminent l'affaire.

Dans le cas d'un conseil d'arbitrage formé d'un arbitre unique, celui-ci est remplacé par un nouvel arbitre et l'audience du différend est reprise.

§ 4. Sentence arbitrale

23. Un conseil d'arbitrage doit rendre sa sentence dans les 60 jours de la fin de l'audience.

24. Une sentence est rendue à la majorité des membres du conseil.

Une sentence doit être motivée et signée par tous les membres; si l'un d'eux refuse ou ne peut signer, les autres doivent en faire mention et la sentence a le même effet que si elle avait été signée par tous.

25. Les dépenses effectuées par les parties pour la tenue de l'arbitrage sont supportées par chacune d'elles.

26. Dans sa sentence, un conseil d'arbitrage peut maintenir ou diminuer le compte en litige, déterminer le remboursement ou le paiement auquel une partie peut avoir droit et statuer sur le montant que le client a reconnu devoir et qu'il a transmis avec sa demande d'arbitrage.

27. Dans une sentence, le conseil d'arbitrage peut décider des frais de l'arbitrage, soit les dépenses encourues par l'ordre pour la tenue de l'arbitrage. Toutefois, le montant total des débours ne peut excéder 10% du montant qui fait l'objet de l'arbitrage.



[C-26, r.181.2]

Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 90)

SECTION I DISPOSITION GÉNÉRALE

1. L'inspection professionnelle porte sur les dossiers, livres et registres que tient, sur support magnétique ou autrement, le membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec dans l'exercice de sa profession ainsi que sur les appareils et équipements relatifs à cet exercice.

Elle porte également sur les documents et rapports auxquels le travailleur social a collaboré et qui sont contenus dans les dossiers, livres et registres tenus, sur support magnétique ou autrement, par ses collègues de travail ou son employeur, y compris un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5).

Elle porte aussi sur le questionnaire d'évaluation auquel le travailleur social est tenu de répondre lors d'une vérification.

SECTION II LE COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

2. Le comité d'inspection professionnelle de l'ordre est formé de cinq membres. Le Bureau les choisit parmi les travailleurs sociaux qui sont inscrits au tableau depuis au moins trois ans et qui ne sont ni membres du Bureau ou du comité de discipline, ni employés de l'ordre.

La personne nommée pour remplacer un membre du comité, en application de l'article 10 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) est également choisie parmi les travailleurs sociaux qui sont inscrits au tableau depuis au moins trois ans et qui ne sont ni membres du Bureau ou du comité de discipline, ni employés de l'ordre.

3. Le mandat des membres du comité est d'une durée d'un an et il est renouvelable.

Les membres du comité entrent en fonctions après avoir prêté le serment ou fait l'affirmation solennelle visé à l'article 111 du Code et le demeurent jusqu'à leur décès, démission, remplacement ou radiation du tableau.

4. Le comité tient ses séances à la date, à l'heure et à l'endroit qu'il détermine ou que détermine son président.

5. Le Bureau désigne le secrétaire du comité parmi les membres du comité.

Le personnel de secrétariat du comité entre en fonctions après avoir prêté le serment ou fait l'affirmation solennelle contenu à l'annexe II du Code.

6. Le secrétariat du comité est situé au siège social de l'ordre où doivent y être conservés tous les procès-verbaux, rapports et autres documents du comité.

Le secrétaire y tient, notamment, un registre où sont inscrits la date de chaque vérification ou enquête particulière, l'adresse où elle a été faite, le nom du travailleur social et le nom de la personne qui l'a faite.

7. Sous réserve de l'article 10, seuls les membres du comité et le personnel de secrétariat du comité ainsi que le président de l'ordre ont accès aux procès-verbaux, rapports et autres documents du comité.

SECTION III CONSTITUTION DU DOSSIER PROFESSIONNEL

8. Le comité constitue et tient à jour un dossier professionnel pour chaque travailleur social qui fait l'objet d'une vérification ou d'une enquête particulière en vertu du présent règlement.

9. Le dossier professionnel contient:

- 1° une fiche d'informations générales sur le travailleur social;
- 2° un résumé de ses qualifications universitaires;
- 3° un résumé de son expérience professionnelle;
- 4° le rapport de vérification ou d'enquête particulière;

5° les recommandations du comité, le cas échéant, à la suite de la vérification ou de l'enquête particulière;

6° tout autre document ou renseignement relatif à la vérification ou à l'enquête particulière dont le travailleur social fait l'objet en vertu du présent règlement.

10. Seuls le travailleur social, les membres du Bureau réunis en assemblée ainsi que les membres du comité administratif réunis en séance, ont le droit de consulter le dossier professionnel et d'en obtenir copie. La consultation par le travailleur social se fait au secrétariat du comité en présence d'un de ses préposés.

L'enquêteur qui fait une vérification ou une enquête particulière a également accès au dossier professionnel du travailleur social qui fait l'objet de cette vérification ou de cette enquête.

L'accès au dossier professionnel du travailleur social qui fait l'objet d'une enquête particulière est aussi donné à l'expert qui fait une telle enquête.

SECTION IV PROGRAMME DE SURVEILLANCE GÉNÉRALE DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION

11. Le comité surveille l'exercice de la profession par les travailleurs sociaux suivant le programme de surveillance générale de l'exercice de la profession qu'il détermine, lequel doit être préalablement approuvé par le Bureau.

12. Chaque année, le Bureau informe tous les travailleurs sociaux du programme de surveillance générale du comité, en omettant d'y inscrire toute information permettant d'identifier les personnes qui feront l'objet d'une vérification ou d'une enquête particulière.

SECTION V SURVEILLANCE GÉNÉRALE DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION

13. Au moins 15 jours avant la date fixée pour la tenue d'une vérification, le comité, par l'entremise de son secrétaire, fait parvenir au travailleur social visé, par courrier recommandé, un avis suivant la formule prévue à l'annexe I, ainsi que le questionnaire d'évaluation visé au troisième alinéa de l'article 1.

Copie de cet avis est transmise, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

14. Le travailleur social qui ne peut recevoir le comité, un de ses membres ou un enquêteur à la date prévue, doit, sur réception de l'avis, en prévenir le secrétaire du comité et convenir avec lui d'une nouvelle date.

Cette date est communiquée, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

15. Lorsque le comité, un de ses membres ou un enquêteur constate que le travailleur social n'a pu prendre connaissance de l'avis, le comité fixe une nouvelle date pour la tenue de la vérification et en avise le travailleur social de la manière prévue à l'article 13.

Copie de l'avis est transmise, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

16. Le comité, un de ses membres ou un enquêteur peut intimer l'ordre au travailleur social ou à son préposé et, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1 de lui donner accès aux dossiers, livres, registres et autres éléments visés à l'article 1.

Lorsque des dossiers, livres, registres et autres éléments visés à l'article 1 sont détenus par une personne autre que celle visée au deuxième alinéa de l'article 1, le travailleur social doit, sur demande, autoriser le comité, un de ses membres ou un enquêteur à en laisser prendre connaissance ou copie.

17. Le comité, un de ses membres ou un enquêteur peut demander à une personne d'attester sous serment ou par affirmation solennelle une déclaration qu'elle fait relativement à une vérification.

18. Tout membre du comité ou enquêteur doit, s'il en est requis, produire un certificat attestant sa qualité et signé par le secrétaire du comité.

19. Le travailleur social qui fait l'objet d'une vérification doit recevoir le comité, un de ses membres ou un enquêteur et être présent au moment où elle a lieu.

Le travailleur social peut être assisté par une personne de son choix.

20. Le comité, le membre du comité ou l'enquêteur dresse, pour étude, un rapport de vérification qu'il transmet au secrétaire du comité dans les 60 jours de la fin de sa vérification.

21. Le comité, le membre du comité ou l'enquêteur qui, au terme de sa vérification, a des raisons de croire que le travailleur social devrait être soumis à une enquête particulière, l'indique dans son rapport de vérification qu'il doit alors transmettre au secrétaire du comité dans les 15 jours de la fin de sa vérification.

SECTION VI ENQUÊTE PARTICULIÈRE SUR LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE D'UN TRAVAILLEUR SOCIAL

22. Au moins cinq jours avant la date fixée pour la tenue de l'enquête particulière, le comité, par l'entremise du secrétaire du comité, fait parvenir au travailleur social visé, par courrier recommandé ou par huissier, un avis suivant la formule prévue à l'annexe II.

Copie de cet avis est transmise, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

Dans le cas où la transmission de cet avis au travailleur social ou de sa copie à une personne visée au deuxième alinéa de l'article 1 risque de compromettre les fins poursuivies par la tenue de l'enquête particulière, l'enquête peut être tenue sans avis.

23. Le travailleur social qui ne peut recevoir le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert à la date prévue, doit, sur réception de l'avis, en prévenir le secrétaire du comité et convenir avec lui d'une nouvelle date.

Cette date est communiquée, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

24. Lorsque le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert constate que le travailleur social n'a pu prendre connaissance de l'avis, le comité fixe une nouvelle date pour la tenue de l'enquête particulière et en avise le travailleur social de la manière prévue à l'article 22.

Copie de l'avis est transmise, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1.

25. Le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert peut intimer l'ordre au travailleur social ou à son préposé et, le cas échéant, à toute personne visée au deuxième alinéa de l'article 1 de lui donner accès aux dossiers, livres, registres et autres éléments visés à l'article 1.

Lorsque des dossiers, livres, registres et autres éléments visés à l'article 1 sont détenus par une personne autre que celle visée au deuxième alinéa de l'article 1, le travailleur social doit, sur demande, autoriser le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert à en laisser prendre connaissance ou copie.

26. Le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert peut demander à une personne d'attester sous serment ou par affirmation solennelle une déclaration qu'elle fait relativement à une enquête particulière.

27. Tout membre du comité, enquêteur ou expert doit, s'il en est requis, produire un certificat attestant sa qualité et signé par le secrétaire du comité.

28. Le travailleur social qui fait l'objet d'une enquête particulière doit recevoir le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert et être présent au moment où elle a lieu.

Le travailleur social peut être assisté par une personne de son choix.

29. Le comité, le membre du comité, l'enquêteur ou l'expert dresse, pour étude, un rapport d'enquête particulière qu'il transmet au secrétaire du comité, dans les 30 jours de la fin de son enquête.

30. Le membre du comité ou le comité qui procède à une enquête particulière de sa propre initiative indique, dans le dossier professionnel du travailleur social, les motifs qui justifient une telle enquête.

SECTION VII ÉTUDE DU RAPPORT DE VÉRIFICATION OU D'ENQUÊTE PARTICULIÈRE

31. Lorsque le comité, après étude du rapport de vérification ou du rapport d'enquête particulière a des raisons de croire qu'il n'y a pas lieu de recommander au Bureau de prendre l'une ou l'autre

des mesures prévues à l'article 113 du Code, il en avise le travailleur social dans un délai de 20 jours de sa décision.

Lorsqu'après étude de l'un de ces rapports, le comité a des raisons de croire qu'il y a lieu de recommander au Bureau de prendre l'une ou l'autre des mesures prévues à l'article 113 du Code, il en avise le travailleur social dans le même délai et doit lui permettre de se faire entendre.

32. Aux fins de permettre au travailleur social de se faire entendre, le comité lui transmet, avec l'avis prévu au deuxième alinéa de l'article 31, un exposé des faits suivants la formule prévue à l'annexe III, par courrier recommandé ou par huissier, comprenant:

- 1° un exposé sommaire des lacunes constatées;
- 2° une copie du rapport de vérification ou d'enquête particulière faite à son sujet;
- 3° le texte de l'article 113 du Code;
- 4° une copie du présent règlement.

33. Le travailleur social qui désire être entendu doit, dans les 10 jours de la réception de l'exposé des faits, demander au comité, par écrit, la tenue d'une audition.

À défaut d'une telle demande écrite, le comité peut procéder en son absence sans autre avis, ni délai et, s'il y a lieu, formuler ses recommandations au Bureau.

34. Le comité convoque le travailleur social qui en fait la demande conformément à l'article 33 en lui transmettant, par courrier recommandé ou par huissier, au moins 15 jours avant la date prévue pour l'audition:

- 1° un avis suivant la formule prévue à l'annexe IV signé par le secrétaire du comité, précisant la date et l'heure de l'audition ainsi que l'endroit où elle doit avoir lieu;
- 2° un exposé des faits, des motifs et des questions qui y seront débattues.

L'avis indique qu'en cas de défaut du travailleur social d'être présent à l'audition, le comité pourra procéder en son absence, sans autre avis, ni délai et, s'il y a lieu, formuler ses recommandations au Bureau.

35. Le comité reçoit le serment ou l'affirmation solennelle du travailleur social et des témoins par l'entremise d'un commissaire à l'assermentation.

36. Le travailleur social ou un témoin a droit de se faire représenter par un avocat.

37. L'audition est publique, sauf si le comité, de sa propre initiative ou sur demande du travailleur social, ordonne le huis clos dans l'intérêt de la morale ou de l'ordre public, notamment pour assurer le respect du secret professionnel, la protection de la vie privée ou la réputation d'une personne.

38. Le comité peut, sur demande, accorder la remise ou l'ajournement de l'audition aux fins de prévenir un déni de justice et notamment pour respecter le droit à la représentation par avocat.

39. Le comité peut procéder par défaut si le travailleur social ne se présente pas à la date, à l'heure et à l'endroit prévus.

40. Les dépositions sont enregistrées ou prises en sténographie à la demande du travailleur social ou du comité, lesquels acquittent leurs propres frais, à l'exception des frais d'enregistrement ou de prise en sténographie qui sont partagés à part égale entre eux.

Malgré le premier alinéa, lorsque le comité demande l'enregistrement ou la prise en sténographie des dépositions, il en assume les frais.

Toute demande d'enregistrement ou de prise en sténographie des dépositions doit être acheminée au secrétariat du comité au moins 10 jours avant la date de l'audition.

41. Le secrétaire du comité consigne le procès-verbal de l'audition et, le cas échéant, les recommandations.

42. Le procès-verbal mentionne si les parties ont renoncé à l'enregistrement ou à la prise en sténographie des dépositions et, en ce cas, il comporte un résumé de ces dernières.

43. Un membre du comité qui a fait une vérification ou une enquête particulière ne peut participer à l'audition et aux recommandations qui y font suite, mais peut être appelé à témoigner.

44. Les recommandations du comité, le cas échéant, sont formulées par la majorité des membres qui ont entendu le travailleur social dans les 60 jours de la fin de l'audition. Elles sont motivées, signées par les membres du comité qui y concourent. Elles sont soumises au Bureau à la première réunion qui suit l'adoption de ces recommandations par le comité. Elles sont transmises au travailleur social concerné dans les 15 jours de leur adoption par le comité.

45. Le présent règlement remplace le Règlement sur la procédure du comité d'inspection professionnelle des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 187).

46. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 23 juin 1993)

ANNEXE I (a. 13)

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

AVIS DE VÉRIFICATION

Dans le cadre de son programme de surveillance générale de l'exercice de la profession de travailleur social pour l'année en cours, le comité d'inspection professionnelle désire vous informer qu'il procédera en votre présence à une vérification, le^e jour de 19..... à

A cette fin, un ou des membres du comité ou enquêteurs ont été désignés pour vous rencontrer: il s'agit de

Signé à, ce^e jour de 19.....

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

PAR: _____

SECRÉTAIRE DU COMITÉ

AVIS IMPORTANT

Le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec prévoit qu'un

travailleur social qui fait l'objet d'une vérification a l'obligation de recevoir le comité, un de ses membres ou un enquêteur et d'être présent au moment où elle a lieu. Il prévoit de plus que le travailleur social peut être assisté d'une personne de son choix.

Enfin, ce règlement prévoit que si le travailleur social ne peut recevoir le comité, un de ses membres ou un enquêteur à la date prévue, il doit, sur réception de l'avis, en prévenir le secrétaire du comité et convenir avec lui d'une nouvelle date.

ANNEXE II (a. 22)

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

AVIS: ENQUETE PARTICULIERE

En vertu de la section VI du chapitre IV du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) et du Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, avis vous est donné que le comité d'inspection professionnelle procédera en votre présence, à une enquête particulière sur votre compétence professionnelle, le^e jour de 19....., à vos bureaux, à

A cette fin, un ou des membres du comité, enquêteurs ou experts ont été désignés pour vous rencontrer: il s'agit de

Signé à, ce^e jour de 19.....

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

PAR: _____

SECRÉTAIRE DU COMITÉ

AVIS IMPORTANT

Le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec prévoit qu'un travailleur social qui fait l'objet d'une enquête particulière a l'obligation de recevoir le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert et d'être présent au moment où elle a lieu.

Il prévoit de plus que le travailleur social peut être assisté d'une personne de son choix.

Enfin, ce règlement prévoit que si le travailleur social ne peut recevoir le comité, un de ses membres, un enquêteur ou un expert à la date prévue, il doit, sur réception de l'avis, en prévenir le secrétaire du comité et convenir avec lui d'une nouvelle date.

ANNEXE III
(a. 32)

**COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE
DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES
TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC**

EXPOSÉ DES FAITS

Je, soussigné(e)
secrétaire du comité d'inspection professionnelle de
l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du
Québec, déclare par les présentes que:

1) le* jour de 19....., vous avez
été l'objet d'une (vérification dans le cadre du
programme de surveillance générale de l'exercice
de la profession) (enquête particulière concernant
votre compétence professionnelle).

2) à la suite de cette (vérification) (enquête
particulière), un rapport a été dressé le* jour de
..... 19.....

Une copie de ce rapport est annexé aux présentes.

3) ce rapport (de vérification) (d'enquête parti-
culière) indique que vous connaissez des difficultés
au niveau de (l'exercice de la profession) (votre
compétence professionnelle), notamment en ce que:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Considérant ces faits, le comité d'inspection
professionnelle vous avise que vous pouvez vous
faire entendre relativement à cette affaire.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à ce
.....* jour de 19

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE
PAR: _____
SECÉTAIRE DU COMITÉ

AVIS IMPORTANT

Si vous désirez être entendu, vous devez, dans les
10 jours de la réception des présentes, demander au
comité d'inspection professionnelle, par écrit, la
tenue d'une audition. Dans ce cas, vous serez
convoqué(e) par le comité d'inspection profes-
sionnelle. A défaut d'une telle demande écrite, le
comité pourra procéder en votre absence, sans autre
avis, ni délai et, s'il y a lieu, formuler des
recommandations au Bureau conformément à l'article
113 du Code des professions.

Nous joignons aux présentes une copie du texte de
l'article 113 du Code des professions ainsi qu'une
copie du Règlement sur le comité d'inspection
professionnelle de l'Ordre professionnel des
travailleurs sociaux du Québec dans lequel vous
trouverez toutes les informations nécessaires quant à
la procédure à suivre et aux délais qui vous sont
accordés.

ANNEXE IV
(a. 34)

**COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE
DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES
TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC**

AVIS DE CONVOCATION A UNE AUDITION

A: _____

PRENEZ AVIS, conformément à l'article 34 du
Règlement sur le comité d'inspection professionnelle
de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du
Québec, que l'audition est fixée pour le* jour
.....19....., à compter de
heures, (adresse)

Conformément à ce règlement, si vous désirez
que les dépositions faites lors de cette audition soient
enregistrées ou prises en sténographie, veuillez en
aviser le secrétaire du comité d'inspection
professionnelle au moins 10 jours avant la date
mentionnée ci-dessus.

Soyez avisé(e) également que si vous n'êtes pas présent(e) à la date et à l'heure fixées pour l'audition, le comité pourra procéder en votre absence, sans autre avis, ni délai et, s'il y a lieu, formuler ses recommandations au Bureau.

Veillez agir en conséquence.

**SIGNÉ À, ce^e jour de
19**

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

PAR: _____

SECRÉTAIRE DU COMITÉ



[C-26, r.179.2]

Règlement sur la cessation d'exercice d'un membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 91)

SECTION I CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent règlement s'applique à la disposition des dossiers, livres et registres tenus et des appareils et équipements détenus par un membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec qui cesse d'exercer sa profession.

Toutefois, le présent règlement ne s'applique pas à un travailleur social qui cesse d'exercer sa profession alors qu'il est employé d'une personne physique ou morale, d'une société ou d'un gouvernement.

SECTION II CESSATION DÉFINITIVE D'EXERCICE

2. Lorsqu'un travailleur social décide de cesser définitivement d'exercer sa profession, il doit dans les 15 jours de la date prévue pour la cessation d'exercice, aviser le secrétaire, par courrier recommandé, de la date de cessation, des nom, adresse et numéro de téléphone du travailleur social qui a accepté d'être le cessionnaire des éléments visés à l'article 1 et transmettre au secrétaire une copie de la convention de cession.

Si le travailleur social n'a pu convenir d'une cession, l'avis au secrétaire doit alors indiquer la date à laquelle il le mettra en possession des éléments visés à l'article 1.

3. Lorsqu'un travailleur social décède, est radié de façon permanente ou que son permis est révoqué, le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1 dans les 15 jours suivant la survenance de l'une de ces éventualités, sauf si le travailleur social avait convenu d'une cession dont copie doit être transmise au secrétaire dans le même délai.

4. Dans les cas où une cession avait été convenue et qu'elle ne peut être exécutée, le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1.

5. Dans le cas d'une cessation définitive d'exercice, le cessionnaire ou le secrétaire, selon le cas, doit, dans les 30 jours qui suivent la date où il prend possession des éléments visés à l'article 1, donner l'un ou l'autre des avis suivants:

1° un avis publié 2 fois, à 10 jours d'intervalle, dans un journal desservant la région où exerçait le travailleur social et qui donne les informations suivantes:

- a) la date et le motif de la prise de possession;
- b) le délai que les clients ont pour accepter la cession, reprendre les éléments du dossier qui leur appartiennent, ou en demander le transfert à un autre professionnel;
- c) les adresse, numéro de téléphone et heures de bureau où le cessionnaire ou le secrétaire peut être rejoint;

2° un avis écrit qui donne à chaque client du travailleur social qui a cessé d'exercer les informations prévues au paragraphe 1°.

Lorsque l'avis a été publié et que l'intérêt d'un client le requiert, un avis écrit contenant les informations prévues au paragraphe 1° doit en outre lui être adressé.

Lorsque l'avis est donné par le cessionnaire, il doit en transmettre copie au secrétaire.

6. Lorsqu'il est en possession des éléments visés à l'article 1, le cessionnaire ou le secrétaire doit prendre les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des clients de ce travailleur social.

7. Le cessionnaire ou le secrétaire, selon le cas, doit respecter le droit d'une personne de prendre connaissance des documents qui la concernent dans tout dossier constitué à son sujet et d'obtenir copie de ces documents.

8. Le cessionnaire ou le secrétaire qui prend possession des éléments visés à l'article 1 doit les conserver pendant une période d'au moins 5 ans.

Le secrétaire peut, durant cette période, céder les éléments visés à l'article 1 à un cessionnaire mais ce dernier est alors assujéti aux obligations prévues à l'article 5.

SECTION III CESSATION TEMPORAIRE D'EXERCICE

9. Lorsqu'un travailleur social décide de cesser temporairement d'exercer sa profession, il doit dans les 15 jours de la date prévue pour la cessation d'exercice, aviser le secrétaire, par courrier recommandé, de la date de cessation, des nom, adresse et numéro de téléphone du travailleur social qui a accepté d'être le gardien provisoire des éléments visés à l'article 1 et transmettre au secrétaire une copie de la convention de garde provisoire.

Si le travailleur social n'a pu convenir d'une garde provisoire, il en avise le secrétaire. Le secrétaire l'avise alors de la date à laquelle lui ou le gardien provisoire nommé par le Bureau à cette fin, prendra possession des éléments visés à l'article 1.

10. Lorsqu'un travailleur social est radié de façon temporaire ou que son permis est suspendu, le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1 dans les 15 jours de la survenance de l'une de ces éventualités, sauf si ce travailleur social avait convenu d'une garde provisoire dont copie est transmise au secrétaire dans le même délai.

Si le travailleur social n'a pu convenir d'une garde provisoire dans ce délai, le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1, à moins qu'un gardien provisoire n'ait été nommé à cette fin par le Bureau.

11. Dans les cas où une garde provisoire avait été convenue et qu'elle ne peut être exécutée, le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1.

12. Les articles 6 et 7 s'appliquent au gardien provisoire ou au secrétaire qui prend possession d'éléments visés à l'article 1 conformément à la présente section.

13. Dans le cas où la radiation temporaire ou la suspension du droit d'exercice est de plus de 6 mois, le gardien provisoire ou le secrétaire est alors assujéti aux obligations prévues à l'article 5.

SECTION IV LIMITATION DU DROIT D'EXERCICE

14. Lorsqu'une décision a été rendu contre un travailleur social limitant son droit d'exercice et déterminant les actes professionnels qu'il n'est pas autorisé à poser, celui-ci doit trouver un gardien provisoire dans les 15 jours de prise d'effet de cette limitation pour les éléments visés à l'article 1 relatifs aux actes professionnels qu'il n'est pas autorisé à poser.

Si le travailleur social n'a pu convenir d'une garde provisoire dans ce délai, le gardien provisoire nommé à cette fin par le Bureau ou le secrétaire prend possession des éléments visés à l'article 1 relatifs aux actes professionnels que le travailleur social n'est pas autorisé à poser.

15. Les articles 6 et 7 s'appliquent au gardien provisoire ou au secrétaire qui prend possession d'éléments visés à l'article 1 conformément à la présente section.

16. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme excluant l'utilisation de l'informatique ou de toute autre technique pour la conservation des éléments visés à l'article 1.

17. Le présent règlement remplace le Règlement sur les dossiers d'un travailleur social cessant d'exercer (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 183).

18. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 23 juin 1993)



C-26, r.189

Règlement sur les stages de perfectionnement des travailleurs sociaux

(L.R.Q., c. C-26, a. 94)

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01 Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

- a) «Ordre»: l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec;
- b) «travailleur social»: une personne inscrite au tableau de l'ordre;
- c) «stage»: un stage de perfectionnement visé par le présent règlement;
- d) «travailleur social stagiaire»: un travailleur social tenu de compléter un stage;
- e) «maître de stage»: un travailleur social ayant la responsabilité de vérifier si un stage ou une partie d'un stage est conforme aux objectifs et modalités fixés par le Bureau.

1.02 La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16), avec ses modifications présentes et futures, s'applique au présent règlement.

SECTION II STAGE

2.01 Le Bureau peut, s'il estime que le niveau de compétence d'un membre s'avère inférieur aux exigences de la protection du public, imposer un stage de perfectionnement à un travailleur social qui:

- a) s'est inscrit au tableau plus de 5 ans après avoir obtenu son permis ou plus de 5 ans après la date à laquelle il avait droit à la délivrance d'un tel permis;
- b) s'est réinscrit au tableau après avoir fait défaut de s'y inscrire pendant plus de 5 ans;
- c) s'est réinscrit au tableau après en avoir été radié pendant plus de 5 ans;
- d) fait l'objet d'une recommandation en ce sens de la part du comité d'inspection professionnelle ou du comité de discipline en vertu des articles 113 ou 160 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26);

e) a accompli un stage jugé en vertu de l'article 2.10, non conforme aux objectifs et aux modalités fixés par le Bureau.

2.02 Un stage ne peut être imposé plus de 90 jours après le moment où un travailleur social est susceptible de se le voir imposer.

2.03 Un stage peut comprendre notamment l'une ou plusieurs des activités suivantes:

- a) une période de formation pratique;
- b) des études;
- c) des cours;
- d) des travaux de recherche.

2.04 Un stage ne peut excéder 1 000 heures, ni s'échelonner sur une période de plus de 12 mois consécutifs.

2.05 La décision du Bureau d'imposer un stage à un travailleur social doit préciser les objectifs, la durée et les modalités de ce stage.

2.06 Le Bureau détermine l'endroit et le moment où le stage doit avoir lieu et, si nécessaire, désigne un ou plusieurs maîtres de stage.

2.07 Un maître de stage, dans les 5 jours suivant la fin de ses fonctions, doit faire parvenir au Bureau un rapport indiquant, motifs à l'appui, si le travailleur social stagiaire a agi, alors qu'il était sous sa responsabilité, conformément aux objectifs et modalités fixés par le Bureau.

2.08 Le Bureau peut exiger que des rapports supplémentaires lui soient soumis par le travailleur social stagiaire ou son maître de stage aux dates qu'il détermine.

2.09 En même temps qu'il fait parvenir au Bureau un rapport suivant les articles 2.07 ou 2.08, un maître de stage doit en transmettre une copie au travailleur social stagiaire.

2.10 Après étude de chacun des rapports requis suivant les articles 2.07 et 2.08, le Bureau décide, dans les 20 jours suivant la fin du stage, si celui-ci est conforme aux objectifs et modalités fixés.

SECTION III LIMITATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

3.01 Le Bureau peut, s'il l'estime nécessaire pour la protection du public, limiter, pendant la totalité ou une partie d'un stage, le droit d'exercice du travailleur social stagiaire notamment de l'une ou plusieurs des façons suivantes:

a) en déterminant les circonstances de temps ou de lieu où il est autorisé ou, inversement, il n'est pas autorisé à exercer;

b) en déterminant les actes professionnels qu'il est autorisé ou, inversement, qu'il n'est pas autorisé à poser;

c) en exigeant qu'il pose les actes professionnels qui lui sont permis ou certains d'entre eux, sous la surveillance d'un autre travailleur social ou d'un groupe de travailleurs sociaux.

3.02 La décision du Bureau de limiter le droit d'exercice d'un travailleur social stagiaire doit être transmise à son employeur, le cas échéant.

SECTION IV DÉCISIONS DU BUREAU

4.01 Avant d'imposer un stage ou de limiter le droit d'exercice d'un travailleur social stagiaire, le Bureau doit donner au travailleur social visé l'occasion de se faire entendre. À cette fin, le Bureau doit donner au travailleur social un avis écrit d'au moins 5 jours de la date de l'audition.

4.02 Une décision imposant un stage, limitant le droit d'exercice d'un travailleur social stagiaire ou statuant sur la validité d'un stage complété, doit être motivée par écrit et transmise au travailleur social visé par signification conformément au Code de procédure civile (L.R.Q., c. C-25) ou sous pli recommandé ou certifié.

4.03 Une décision du Bureau imposant un stage ou limitant le droit d'exercice d'un travailleur social stagiaire prend effet 30 jours après son expédition ou sa signification à celui-ci.

4.04 Pendant la durée d'un stage, le Bureau peut, sur demande motivée d'un travailleur social stagiaire et communiquée à son maître de stage, réduire la

durée et les exigences du stage, et, le cas échéant, diminuer les conditions de la limitation du droit d'exercice du travailleur social.

4.05 Un travailleur social est tenu de se conformer à une décision du Bureau rendue conformément au présent règlement.



[C-26, r.185.1]

Règlement sur les normes d'équivalence de diplômes pour la délivrance d'un permis de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. f et g)

**SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

1.01 Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

a) «Ordre»: l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec;

b) «équivalence de diplôme»: la reconnaissance par le Bureau qu'un diplôme atteste l'acquisition par un candidat d'un niveau de formation équivalent à celui acquis par un détenteur d'un diplôme reconnu comme donnant ouverture au permis;

c) «crédit»: la valeur quantitative attribuée à la charge de travail exigée d'un étudiant, un crédit représentant 45 heures de présence à un cours ou de travail personnel;

d) «secrétaire»: le secrétaire de l'ordre.

1.02 Le secrétaire transmet une copie du présent règlement au candidat qui désire faire reconnaître une équivalence.

**SECTION II
PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE
D'ÉQUIVALENCE**

2.01 Un candidat qui veut faire reconnaître une équivalence doit fournir au secrétaire les documents suivants qui sont nécessaires au soutien de sa demande:

a) son dossier académique incluant la description des cours et des stages de formation professionnelle suivis ainsi que le relevé des notes obtenues;

b) une preuve de l'obtention de son diplôme; et

c) une description de son expérience pertinente de travail (curriculum vitae).

2.02 Le secrétaire transmet les documents prévus à l'article 2.01 à un comité formé par le Bureau pour étudier les demandes d'équivalence et formuler une recommandation appropriée. À la première réunion qui suit la réception du rapport de ce comité, le Bureau décide s'il reconnaît l'équivalence et informe chaque candidat par écrit de sa décision.

2.04 Dans les 15 jours qui suivent sa décision de ne pas reconnaître l'équivalence, le Bureau doit informer chaque candidat par écrit du programme d'études, de stages ou d'examen dont la réussite, compte tenu de son niveau actuel de connaissances, lui permettrait de bénéficier de cette équivalence.

**SECTION III
NORMES D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOME**

3.01 Un candidat qui détient un diplôme en service social délivré par une institution d'enseignement située hors du Québec, bénéficie d'une équivalence si ce diplôme a été obtenu au terme d'études de niveau universitaire en service social comportant un minimum de 90 crédits dont 60 répartis de la façon suivante:

méthode d'intervention en service social:	21
politique sociale:	6
champs de pratique et problèmes sociaux:	9
méthodes de recherche:	6
stages de formation professionnelle:	18.

3.02 Malgré l'article 3.01, lorsque le diplôme qui fait l'objet d'une demande d'équivalence a été obtenu 5 ans ou plus avant cette demande, l'équivalence peut être refusée si les connaissances acquises par le candidat ne correspondent plus, suite au développement de la profession, aux connaissances présentement enseignées.

Toutefois, l'équivalence doit être reconnue si l'expérience pertinente de travail du candidat et la formation qu'il a pu acquérir depuis, lui ont permis d'atteindre le niveau de connaissance requis.

SECTION IV
DISPOSITION FINALE

4.01 Le présent règlement remplace le Règlement sur les normes d'équivalence de diplômes pour la délivrance d'un permis de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 185), entre en vigueur le 21 juillet 1982 et a effet depuis le 11 février 1981.



[C-26, r.179.1]

Règlement sur les affaires du bureau, le comité administratif et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 93 par. a et a. 94 par. a, b et k)

**SECTION I
BUREAU**

1. Si le président est élu au suffrage universel des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, le Bureau est formé de 25 personnes dont le président. Si le président est élu au suffrage des administrateurs élus, le Bureau est formé de 24 personnes dont le président.

2. Une réunion ordinaire du Bureau est convoquée par le secrétaire de l'ordre au moyen d'un avis de convocation écrit transmis par la poste, par télégramme, par télécopieur ou par messenger, à chaque membre du Bureau au moins dix jours avant la date fixée pour la tenue de la réunion.

3. Une réunion extraordinaire du Bureau est convoqué par le secrétaire de l'ordre au moyen d'un avis écrit transmis par la poste, par télégramme, par télécopieur ou par messenger, à chaque membre du Bureau au moins deux jours avant la date fixée pour la tenue de la réunion.

4. L'avis de convocation à une réunion du Bureau doit indiquer la date, l'heure et le lieu de cette réunion. Il indique également qu'un projet d'ordre du jour sera transmis au moins cinq jours avant la date fixée pour la tenue d'une réunion ordinaire et au moins 24 heures avant la date fixée pour la tenue d'une réunion extraordinaire.

5. Malgré les articles 2 et 3, une réunion du Bureau est considérée comme régulièrement convoquée si tous ses membres y sont présents et renoncent à l'avis de convocation ou si, lorsque tous ses membres ou certains d'entre eux n'assistent pas physiquement à l'endroit où se tient la réunion, tous ses membres s'expriment lors d'une conférence téléphonique et renoncent à l'avis de convocation.

6. Le secrétaire agit en qualité de secrétaire du Bureau et n'a pas droit de vote.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, celui-ci est remplacé par la personne désignée par le Bureau. Cette personne assume, aux fins de la réunion, les fonctions du secrétaire auquel elle est substituée.

**SECTION II
MEMBRES DU BUREAU**

7. Lors de son entrée en fonction, le membre du Bureau prête le serment ou fait l'affirmation solennelle contenue à l'annexe 1.

8. Tout membre du Bureau peut exprimer en public son opinion sur des sujets relatifs aux affaires de l'ordre ou à l'exercice de la profession, à condition qu'il mette en garde le public que les idées qu'il exprime lui sont personnelles et ne sont pas nécessairement partagées par le Bureau.

9. Le membre du Bureau qui est dans une situation de conflit d'intérêts sur une question doit le révéler au Bureau et s'abstenir de voter.

**SECTION III
D'IRIGEANTS**

10. Le président est le seul porte-parole autorisé à s'exprimer au nom de l'ordre sur des sujets relatifs aux affaires de celle-ci ou sur l'exercice de la profession.

Toutefois, il peut désigner une autre personne pour agir en qualité de porte-parole de l'ordre sur des sujets relatifs à l'exercice de la profession.

11. En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du président, le premier vice-président ou en l'absence de ce dernier, le deuxième vice-président, exerce les fonctions et pouvoirs du président, entre autres préside les réunions du Bureau et les séances du comité administratif.

SECTION IV COMITÉ ADMINISTRATIF

12. Les membres élus du Bureau désignent parmi eux, par vote annuel, trois membres du comité administratif et désignent ensuite parmi ces derniers le premier vice-président, le deuxième vice-président et le trésorier de l'ordre. Un autre est désigné par vote annuel des membres du Bureau parmi les membres nommés par l'Office des professions du Québec. Ces personnes forment, avec le président de l'ordre, le comité administratif.

13. Une séance ordinaire du comité administratif est convoquée par le secrétaire au moyen d'un avis de convocation écrit transmis par la poste, par télégramme, par télécopieur ou par messenger à chaque membre du comité administratif au moins cinq jours avant la date fixée pour la tenue de la séance.

14. Une séance extraordinaire du comité administratif est convoquée par le président ou, à sa demande, par le secrétaire, au moyen d'un avis donné par téléphone, par télégramme, par télécopieur ou par messenger à chaque membre du comité administratif au moins deux jours avant la date fixée pour la tenue de la séance.

15. Tout avis de convocation à une séance du comité administratif doit indiquer la date, l'heure et le lieu de cette séance. Il indique également qu'un projet d'ordre du jour sera transmis au moins cinq jours avant la date fixée pour la tenue d'une séance ordinaire et au moins 24 heures avant la date fixée pour la tenue d'une séance extraordinaire. Ces informations doivent également être données lors d'une convocation par téléphone.

16. Malgré les articles 13 et 14, une séance du comité administratif est considérée comme régulièrement convoquée si tous ses membres y sont présents et renoncent à l'avis de convocation ou si, lorsque tous ses membres ou certains d'entre eux n'assistent pas physiquement à l'endroit où se tient la séance, tous ses membres s'expriment lors d'une conférence téléphonique et renoncent à l'avis de convocation.

17. Au cas d'égalité des voix, le président de la séance donne un vote prépondérant.

18. Le secrétaire agit en qualité de secrétaire du comité administratif et n'a pas droit de vote.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, celui-ci est remplacé par la personne désignée par le comité administratif. Cette personne assume, aux fins de la séance, les fonctions du secrétaire auquel elle est substituée.

SECTION V ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

19. Les assemblées générales des membres de l'ordre se tiennent à la date, à l'heure et au lieu que le Bureau détermine.

20. Tout avis de convocation à une assemblée générale doit indiquer la date, l'heure, le lieu et le projet d'ordre du jour de cette assemblée.

Lorsque l'avis de convocation à une assemblée générale est accompagné de documents destinés aux membres en vue de cette assemblée, le secrétaire de l'ordre veille à ce que ces mêmes documents soient également transmis aux administrateurs nommés conformément à l'article 78 du Code.

21. Toute assemblée générale des membres de l'ordre est convoquée par le secrétaire au moyen d'un avis de convocation adressé par courrier à chaque membre et à chaque administrateur nommé conformément à l'article 78 du Code au moins 30 jours avant la date de la tenue de l'assemblée générale annuelle.

Dans le cas d'une assemblée générale spéciale, le délai mentionné au premier alinéa est d'au moins cinq jours.

22. Outre le mode de convocation prévu à l'article 21, l'assemblée générale annuelle des membres peut être convoquée par le secrétaire de l'ordre au moyen d'un avis de convocation conforme au premier alinéa de l'article 20 publié ou inséré dans une publication que l'ordre adresse à chaque membre.

L'avis doit être d'au moins 150 centimètres carrés, sous le titre de «AVIS DE CONVOCATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE».

Dans ce cas, le secrétaire de l'ordre adresse à chaque membre et à chaque administrateur nommé conformément à l'article 78 du Code, au moins 30

jours avant la date de la tenue de l'assemblée générale annuelle, un exemplaire de la publication dans laquelle cet avis a été publié ou inséré.

23. Le projet d'ordre du jour d'une assemblée générale est rédigé par le comité administratif.

Dans le cas d'une assemblée générale spéciale convoquée à la demande écrite des membres de l'ordre conformément à l'article 106 du Code, le projet d'ordre du jour doit contenir les sujets inscrits dans cette demande.

24. Lors d'une assemblée générale spéciale, seuls les sujets mentionnés au projet d'ordre du jour sont discutés.

25. Le quorum de l'assemblée générale de l'ordre est fixé à 50 membres.

26. Le président constate s'il y a quorum avant le début de chaque assemblée.

Si l'assemblée ne peut commencer faute de quorum dans le 90 minutes qui suivent l'heure mentionnée dans l'avis de convocation, le secrétaire inscrit au procès-verbal les noms des membres présents.

27. Au cas d'égalité des voix, le président donne un vote prépondérant.

28. Le secrétaire agit en qualité de secrétaire de l'assemblée générale; s'il est membre de l'ordre, il a droit de vote.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, il est remplacé par la personne désignée par l'assemblée générale; cette personne assume, aux fins de l'assemblée générale, les fonctions du secrétaire auquel elle est substituée.

SECTION VI DISPOSITIONS DIVERSES

29. Le siège social de l'ordre est situé dans le territoire de la Communauté urbaine de Montréal ou à tout autre endroit désigné par le Bureau.

30. Le sceau de l'ordre est celui dont l'empreinte apparaît à l'exemplaire du présent règlement détenu par le secrétaire de l'ordre.

31. Si aucune des règles de procédure prévues au Code ou au présent règlement ne permet d'apporter une solution à un cas particulier, les règles prévues

dans «*Procédure des assemblées délibérantes*» de Victor Morin, dernière édition, s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

32. Le présent règlement remplace le Règlement sur les affaires du Bureau et les assemblées générales de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 179).

33. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 23 juin 1993)

ANNEXE I (a. 7)

SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION

Je, A.B., jure ou affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge, notamment en omettant de divulguer toute information permettant d'identifier des personnes pouvant faire l'objet de discussions de nature confidentielles au sein du Bureau. (Dans le cas d'une prestation de serment, ajouter: «Ainsi Dieu me soit en aide.»)



[C-26, r.183.1]

Règlement sur les élections au bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

(L.R.Q., c. C-26, a. 63, 67, 69 par. c, 74, 93, par. b)

**SECTION I
INTERPRÉTATION ET CHAMP
D'APPLICATION**

1. Le présent règlement régit l'élection du président et des administrateurs de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

2. Dans le présent règlement, le mot « région » vise l'une des régions mentionnées dans le Règlement sur la représentation au Bureau de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et sur la délimitation des régions électorales (décret 1010-87 du 23 juin 1987).

3. Les articles 6 et 7 du Code de procédure civile (L.R.Q., c. C-25) relatifs aux jours non juridiques s'appliquent au présent règlement.

**SECTION II
FONCTIONS DU SECRÉTAIRE ET
DÉSIGNATION DES SCRUTATEURS**

4. Le secrétaire de l'ordre est chargé de l'application du présent règlement; il surveille notamment le déroulement du vote.

5. Lorsque, entre le soixantième jour précédant la date de clôture du scrutin et le dixième jour suivant cette date, le secrétaire est candidat à l'élection, est incapable d'agir par suite d'absence ou de maladie ou refuse d'agir, il est remplacé par le secrétaire adjoint.

6. Le Bureau désigne les scrutateurs parmi les membres de l'ordre qui ne sont ni membres du Bureau, ni employés de celle-ci.

**SECTION III
CLÔTURE DU SCRUTIN ET DATE
D'ÉLECTION**

7. La clôture du scrutin est fixée au 4^e vendredi du mois d'avril de chaque année à 18 heures.

La date de l'élection des administrateurs élus et du président, si celui-ci est élu au suffrage universel des membres de l'ordre, est fixée au 4^e vendredi du mois d'avril de chaque année à 18 heures.

Dans le cas où le président est élu au suffrage des administrateurs élus, son élection a lieu immédiatement après celle des administrateurs élus, lors d'une réunion du Bureau tenue après l'assemblée générale annuelle. Le Bureau est convoqué à cette fin par le secrétaire au moyen d'un avis écrit expédié au moins cinq jours avant la date de la réunion. L'avis de convocation doit indiquer l'objet, le lieu, la date et l'heure de cette réunion.

**SECTION IV
DATE ET MOMENT DE L'ENTRÉE EN
FONCTION DU PRÉSIDENT ET DES
ADMINISTRATEURS ÉLUS**

8. Les administrateurs élus et le président de l'ordre, s'il est élu au suffrage universel des membres de l'ordre, entrent en fonction lors de la réunion du Bureau qui a lieu après l'assemblée générale annuelle.

Dans le cas où le président est élu au suffrage des administrateurs élus, il entre en fonction lors de la réunion du Bureau qui a lieu après l'assemblée générale annuelle.

Le candidat déclaré élu sans opposition entre en fonction lors de la réunion du Bureau qui a lieu après l'assemblée générale annuelle.

**SECTION V
DURÉE DES MANDATS**

9. Le président de l'ordre est élu pour un mandat d'un an.

10. Les administrateurs de l'ordre sont élus pour un mandat de quatre ans.

SECTION VI FORMALITÉS PRÉALABLES AU VOTE

11. Entre le soixantième et le quarante-cinquième jour précédant celui de la clôture du scrutin, le secrétaire transmet à chaque membre de la région où un administrateur doit être élu, un avis indiquant la date de clôture du scrutin et les conditions requises pour être candidat et voter conformément au Code des professions ainsi qu'un bulletin de présentation analogue à celui apparaissant à l'annexe I.

12. Dans le cas où l'élection du président doit se faire au suffrage universel des membres, le secrétaire transmet à tous les membres l'avis écrit à l'article 11 ainsi qu'un bulletin de présentation analogue à celui apparaissant à l'annexe II.

13. Le bulletin de présentation d'un candidat doit être rédigé de façon analogue à celui apparaissant à l'annexe I ou l'annexe II, selon le cas, et signé par la personne qui pose sa candidature.

Ce bulletin doit également être signé par cinq membres de l'ordre qui, dans le cas de l'élection à un poste d'administrateur dans une région donnée, doivent exercer leur profession principalement dans cette région.

14. Le secrétaire doit recevoir sur-le-champ le bulletin de présentation qui est complet et qui lui est remis au moins 30 jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Il remet alors au candidat un accusé de réception analogue à celui apparaissant à l'annexe III qui fait preuve de la candidature. L'heure limite pour la réception des bulletins de présentation, le dernier jour où ils peuvent être reçus par le secrétaire, est fixée à 18 heures.

15. En plus des documents prévus à l'article 69 du Code des professions, le secrétaire transmet à chacun des membres ayant droit de vote dans les régions où un administrateur doit être élu les documents suivants:

1° un bref curriculum vitae et une photographie de chaque candidat au poste d'administrateur qui se présente dans cette région, lorsqu'un tel candidat a annexé à son bulletin de présentation un curriculum vitae sur une feuille mesurant au plus 22 cm par 28 cm et une photographie mesurant au plus 50 mm par 70 mm;

2° un avis analogue à celui apparaissant à l'annexe IV informant l'électeur sur la façon de voter, d'utiliser les enveloppes, de l'heure et de la date limites où les enveloppes doivent être reçues à l'ordre.

Dans le cas où l'élection du président est tenu au suffrage universel des membres de l'ordre, le secrétaire transmet en outre à tous les membres de l'ordre ayant droit de vote:

— un bref curriculum vitae et une photographie de chaque candidat au poste de président, lorsqu'un tel candidat a annexé à son bulletin de présentation un curriculum vitae sur une feuille mesurant au plus 22 cm par 28 cm et une photographie mesurant au plus 50 mm par 70 mm.

16. Le bulletin de vote au poste de président certifié par le secrétaire doit être analogue à celui apparaissant à l'annexe V. Il doit être imprimé sur le papier officiel de l'ordre et contenir les renseignements suivants:

1° l'année de l'élection;

2° les prénoms et noms des candidats dans l'ordre alphabétique des noms.

La certification du bulletin de vote peut se faire par fac-similé de la signature du secrétaire.

17. Le bulletin de vote au poste d'administrateur, certifié par le secrétaire, doit être analogue à celui apparaissant à l'annexe VI. Il doit être imprimé sur le papier officiel de l'ordre et contenir les renseignements suivants:

1° l'année de l'élection;

2° l'identification de la région;

3° les prénoms et noms des candidats dans l'ordre alphabétique des noms;

4° le nombre de sièges à pourvoir dans la région.

La certification du bulletin de vote peut se faire par fac-similé de la signature du secrétaire.

18. Le secrétaire remet un nouveau bulletin de vote à un membre qui a détérioré, maculé, raturé ou perdu son bulletin de vote ou qui ne l'a pas reçu et qui atteste ce fait au moyen de la formule de serment ou d'affirmation solennelle analogue à celle apparaissant à l'annexe VII.

SECTION VII LE VOTE

19. Après avoir voté, l'électeur insère son bulletin de vote dans l'enveloppe intérieure correspondante. Il cache cette enveloppe et l'insère dans l'enveloppe extérieure qu'il cache également. Puis, il appose sa signature dans l'espace qui est réservé à cette fin sur l'enveloppe extérieure et la transmet au secrétaire.

20. Sur réception des enveloppes extérieures qui lui parviennent avant la clôture de scrutin, le secrétaire appose sur ces enveloppes la date et l'heure de leur réception et ses initiales et les dépose dans une boîte de scrutin scellée.

SECTION VIII OPÉRATIONS CONSÉCUTIVES AU VOTE

21. À l'heure fixée pour la clôture du scrutin, le secrétaire appose les derniers scellés sur les boîtes de scrutin lorsque le dépouillement du vote n'est pas effectué immédiatement après la clôture du scrutin.

En plus du secrétaire, les scrutateurs ont droit d'assister à l'apposition des scellés sur les boîtes de scrutin.

22. Le secrétaire et les scrutateurs prêtent le serment ou l'affirmation solennelle selon la formule analogue à celle apparaissant à l'annexe VIII.

23. Après la clôture du scrutin et au plus tard le dixième jour suivant cette date, le secrétaire procède, au siège social de l'ordre ou à tout autre endroit désigné par le comité administratif, au dépouillement du vote en présence des scrutateurs.

Les scrutateurs et les candidats ou leurs représentants sont convoqués pour cette fin par le secrétaire, au moyen d'un avis écrit expédié au moins trois jours avant la date fixée pour le dépouillement du vote.

24. Le secrétaire rejette, sans les ouvrir, les enveloppes extérieures qu'il juge non conformes au présent règlement ou à la loi ou qui proviennent de personnes qui n'étaient pas membres de l'ordre le 45^e jour avant la date fixée pour la clôture du scrutin.

25. Si plusieurs enveloppes extérieures du même électeur parviennent au secrétaire, pour une élection

à un même poste, ce dernier n'accepte que la première enveloppe reçue et rejette les autres.

26. Le secrétaire ouvre chacune des enveloppes extérieures jugées conformes et en retire l'enveloppe intérieure sur laquelle se trouvent écrits les mots «BULLETIN DE VOTE ADMINISTRATEUR» et le nom de l'ordre et, le cas échéant, celle sur laquelle se trouvent écrits les mots «BULLETIN DE VOTE PRÉSIDENT» et le nom de l'ordre. Puis il dispose, sans les détruire, des enveloppes extérieures de façon à éviter qu'elles puissent être associées aux enveloppes intérieures ou à leur contenu. Le secrétaire rejette, sans les ouvrir, les enveloppes intérieures qui portent une marque d'identification de l'électeur de même que les bulletins de vote qui ne sont pas insérés dans les enveloppes intérieures qui portent une marque d'identification de l'électeur.

27. Après avoir examiné toutes les enveloppes intérieures, le secrétaire ouvre celles jugées conformes et en retire les bulletins de vote.

Il rejette un bulletin de vote:

1° qui contient plus de marques que le nombre de postes à pourvoir;

2° qui n'est pas certifié par le secrétaire ou qui n'a pas été fourni par lui;

3° qui porte une marque permettant d'identifier l'électeur;

4° qui a été marqué ailleurs que dans le ou les carrés réservés à l'exercice du droit de vote;

5° qui n'a pas été marqué;

6° sur lequel le votant s'est exprimé autrement que de la manière prévue à l'article 71 du Code;

7° qui est détérioré, maculé ou raturé.

28. Aucun billet de vote ne doit être rejeté pour le seul motif que la marque inscrite dans l'un des carrés dépasse le carré réservé à l'exercice du droit de vote.

29. Le secrétaire considère toute contestation soulevée au sujet de la validité d'un bulletin de vote et en décide immédiatement.

30. Après avoir compté les bulletins de vote, le secrétaire dresse sous sa signature un relevé du scrutin analogue à celui apparaissant à l'annexe IX pour l'élection des administrateurs et, le cas échéant, pour l'élection du président. Il déclare élus aux

postes d'administrateurs les candidats qui ont obtenu le plus de votes dans chaque région, compte tenu du nombre de postes à pourvoir, et, le cas échéant, il déclare élu au poste de président le candidat qui a obtenu le plus de votes à ce poste.

Au cas d'égalité des voix, le secrétaire procède immédiatement à un tirage au sort pour déterminer lequel ou lesquels les candidats est élu ou sont élus.

31. Dès que les candidats sont déclarés élus, le secrétaire dépose dans des enveloppes distinctes les bulletins de vote jugés valides, les bulletins de vote rejetés et ceux qui n'ont pas été utilisés et toutes les enveloppes y compris celles rejetées conformément au présent règlement.

Il scelle ensuite ces enveloppes. Le secrétaire et les scrutateurs apposent leurs initiales sur les scellés.

Ces enveloppes sont conservées pendant une période d'une année après laquelle le secrétaire peut en disposer.

32. Le secrétaire doit transmettre une copie du relevé du scrutin à chacun des candidats. En outre, il doit soumettre une copie de ce relevé à la première réunion du Bureau et à l'assemblée générale annuelle des membres qui suivent l'élection.

**SECTION IX
DISPOSITIONS FINALES**

33. Le présent règlement remplace le Règlement sur les modalités d'élection au Bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 184)

34. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 8 avril 1992)

**ANNEXE I
(a. 11 et 13)**

**BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR
L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR
DANS LA RÉGION DE**

Nous, soussignés, membres en règle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, exerçant notre profession principalement dans la région de _____
proposons, comme candidat à la prochaine élection tenue dans cette région, (nom) _____
(adresse) _____

Nom et prénom du membre	Numéro de permis	Date	Signature du membre

Je, _____, exerçant principalement ma profession dans la région de _____ et proposé dans le bulletin de présentation ci-dessus, consens à être candidat au poste d'administrateur pour cette région.

Veillez trouver sous pli:

- mon curriculum vitae (sur une feuille mesurant au plus 22 centimètres par 28 centimètres chacune);

- ma photo (mesurant au plus 50 millimètres par 70 millimètres).

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____ jour de _____ 19_____

(signature)

ANNEXE II

(a. 12 et 13)

**BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR
L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT.**

Nous, soussignés, membres en règle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, proposons comme candidat à la prochaine élection du président de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, (nom) _____
(adresse) _____

Nom et prénom	Numéro de permis	Date	Signature du membre

Je, _____, proposé dans le bulletin de présentation ci-dessus, consens à être candidat au poste de président de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Veuillez trouver sous pli:

- mon curriculum vitae (sur une feuille mesurant au plus 22 centimètres par 28 centimètres);
- ma photo (mesurant au plus 50 millimètres par 70 millimètres).

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____ jour de _____ 19_____.

(signature)

M. _____
Nous accusons réception de votre bulletin de présentation pour l'élection au poste _____ de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

La clôture du scrutin est fixée à _____ (heure), le _____ (date).
Le dépouillement du vote aura lieu _____ (heure) _____, le _____ (date)

Veuillez agréer, M. _____, l'expression de nos sentiments les meilleurs.
Le secrétaire,

ANNEXE III

(a. 14)

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU BULLETIN DE PRÉSENTATION AU POSTE DE PRÉSIDENT OU D'ADMINISTRATEUR DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

(date) _____
M. _____

ANNEXE IV
(a. 15)

AVIS INFORMANT L'ÉLECTEUR:

- SUR LA FAÇON DE VOTER ET D'UTILISER LES ENVELOPPES;
- DE L'HEURE ET DE LA DATE LIMITES OÙ LES ENVELOPPES DOIVENT ÊTRE REÇUES À L'ORDRE

(date) _____

À TOUS LES MEMBRES DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

Madame,
Monsieur,

Tel que mentionné à l'article 15 du Règlement sur les élections au Bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, vous trouverez sous pli (le cas échéant) le curriculum vitae et la photo des candidats aux postes _____ de l'ordre, le bulletin de vote ainsi que les enveloppes nécessaires à cette élection. Vous pouvez voter pour autant de candidats qu'il y a de postes à pourvoir.

Après avoir voté, vous insérez votre bulletin dans l'enveloppe identifiée à cet effet, soit «BULLETIN DE VOTE - PRÉSIDENT» ou «BULLETIN DE VOTE - ADMINISTRATEUR». Vous placez ensuite cette enveloppe ou ces deux enveloppes dans celle identifiée «Élection», et finalement, vous signez cette dernière enveloppe à l'endroit réservé à cette fin.

Il est très important:

- que toutes vos enveloppes soient cachetées, car autrement elles seront rejetées;
- de n'inclure que vos bulletins de vote dans les enveloppes car celles qui seront rejetées ne seront pas ouvertes.

Nous vous rappelons que la clôture du scrutin est fixée à _____ (heure) _____, le _____ (date) _____.
Le dépouillement du vote aura lieu à _____ (heure) _____, le _____ (date).

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le secrétaire,

ANNEXE V
(a. 16)

BULLETIN DE VOTE AU POSTE DE PRÉSIDENT

BULLETIN DE VOTE

Année: 19 _____

Candidats proposés pour le poste de PRÉSIDENT

Clôture du scrutin: à _____ (heure) _____, le _____ (date) _____

Le secrétaire

ANNEXE VI
(a. 17)

BULLETIN DE VOTE AU POSTE D'ADMINISTRATEUR DE LA RÉGION _____

BULLETIN DE VOTE

Année: 19 _____ Région: _____

Nombre de sièges à pourvoir dans la région:

Candidats proposés au poste d'ADMINISTRATEUR

Clôture du scrutin: à _____ (heure) _____, le _____ (date) _____

Le secrétaire

ANNEXE VII

(a. 18)

SERMENT OU AFFIRMATION SOLENNELLE ATTESTANT QU'UN BULLETIN DE VOTE A ÉTÉ DÉTÉRIORÉ, MACULÉ, PERDU OU NON REÇU

(date) _____

Je, soussigné, _____
membre en règle de l'Ordre professionnel des
travailleurs sociaux du Québec, (jure ou affirme
solennellement) avoir _____
(détérioré, maculé, perdu ou non reçu) _____
mon bulletin de vote pour l'élection au poste de
(président ou administrateur) _____ de
l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du
Québec et un autre bulletin de vote m'a été remis par
le secrétaire de l'ordre.

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____ jour
de _____ 19 _____
_____ ou (selon le cas) _____

Signature du membre Signature du membre
Déclaré solennellement ou assermenté devant moi,
à _____, ce _____ ième jour
de _____ 19 _____

Commissaire à l'assermentation pour le
district judiciaire de _____

Signature du secrétaire

ANNEXE VIII

(a. 22)

SERMENT OU AFFIRMATION SOLENNELLE D'OFFICE ET DE DISCRÉTION

Je, _____
(jure ou affirme solennellement) que je remplirai les
devoirs de ma charge, avec honnêteté, impartialité et
justice, et que je ne recevrai, (à part mon traitement
qui m'est alloué par l'Ordre professionnel des
travailleurs sociaux du Québec, le cas échéant),
aucune somme d'argent ou considération quelconque

pour ce que j'ai fait ou pourrai faire, dans l'exécution
des devoirs de ma charge, dans le but de favoriser
directement ou indirectement un candidat.

De plus, je jure (ou affirme solennellement) que
je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être
autorisé par la loi, le nom du candidat pour qui une
personne a voté, si ce renseignement parvient à ma
connaissance à l'occasion du dépouillement du vote.

En foi de quoi, j'ai signé à _____, ce _____ jour
de _____ 19 _____
_____ ou (selon le cas) _____

Signature du membre Signature du membre
Déclaré solennellement ou assermenté devant moi,
à _____, ce _____ ième jour
de _____ 19 _____

Commissaire à l'assermentation pour le
district judiciaire de _____

Signature du secrétaire

ANNEXE IX

(a. 30)

RELEVÉ DU SCRUTIN

Élection au poste de (président ou administrateur) de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

Région (s'il y a lieu) _____

Nombre d'électeurs _____

Nombre de bulletins valides _____

Nombre de bulletins rejetés _____

Nombre d'enveloppes extérieures rejetées _____

Nombre d'enveloppes intérieures rejetées _____

TOTAL

Nombre de bulletins déposés pour _____

Nombre de bulletins déposés pour _____

Nombre de bulletins déposés pour _____

Nombre de bulletin déposés pour _____

Signature des scrutateurs: _____

Donné sous mon seing, à _____ ce _____ jour
de _____ 19 _____

Le secrétaire d'élection,

Signature



[C-26, r.188.2]

Règlement sur la représentation du bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et sur la délimitation des régions électorales

(L.R.Q., c. C-26, a. 65)

1. Pour assurer une représentation régionale adéquate au sein du Bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, le territoire du Québec est divisé en 11 régions électorales, chacune étant représentée par le nombre d'administrateurs suivant:

Région électorale	Nombre d'administrateurs
région du Bas-Saint-Laurent et de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1
région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	1
région de Québec et de Chaudière-Appalaches	3
région de la Mauricie-Bois-Francs	1
région de l'Estrie	1
région de la Montérégie	2
région de Montréal et de Laval	7
région de Lanaudière et des Laurentides	1
région de l'Outaouais	1
région de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec	1
région de la Côte-Nord	1

2. Le territoire de chacune des régions électorales correspond au territoire d'une ou plusieurs régions administratives apparaissant à l'annexe I du décret 2000-87 du 22 décembre 1987, concernant la révision des limites des régions administratives du Québec, et ses modifications subséquentes, selon la délimitation suivante:

Région électorale	Région administrative
région du Bas-Saint-Laurent et de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	01 et 11
région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	02
région de Québec et de Chaudière-Appalaches	03 et 12
région de la Mauricie-Bois-Francs	04
région de l'Estrie	05
région de la Montérégie	16
région de Montréal et de Laval	06 et 13
région de Lanaudière et des Laurentides	14 et 15
région de l'Outaouais	07
région de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec	08 et 10
région de la Côte-Nord	09.

3. Le présent règlement remplace le Règlement sur la représentation au Bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et sur la délimitation des régions électorales édicté par le décret 1010-87 du 23 juin 1987.

4. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

(Ce règlement a été publié le 5 octobre 1994)



ANNEXE III

Association canadienne
des travailleurs
sociaux

Code de
déontologie
en service
social

Le 1^{er} janvier 1994

Association canadienne des
travailleurs sociaux
383, avenue Parkdale, bureau 402
Ottawa (Ontario) K1Y 4R4

© 1994. Association canadienne des travailleurs sociaux
Ottawa, Canada

This publication is also available in English.

Table des matières

Définitions	page
Client	4
Conduite indigne	
Exercice du service social	
Faute et négligence professionnelles	
Intérêt du client	
Norme d'exercice	
Travailleur social	
Préambule	7
Principes	
Conflits dans l'exercice de la profession	
Nature du Code	
Code de déontologie en service social	9
Chapitre 1 : Obligation professionnelle fondamentale	10
Chapitre 2 : Intégrité et objectivité	11
Chapitre 3 : Compétence dans la prestation du service social	12
Chapitre 4 : Limites de la relation professionnelle	13
Chapitre 5 : Renseignements confidentiels	14
Chapitre 6 : Intérêts extérieurs à la profession	20
Chapitre 7 : Limites de l'exercice privé	21
Chapitre 8 : Responsabilités éthiques envers l'employeur	22
Chapitre 9 : Responsabilités éthiques envers la profession	23
Chapitre 10 : Responsabilités éthiques à l'égard des changements sociaux	24



Définitions

Dans ce Code, on entend par :

Client¹

a) La personne, la famille, le groupe de personnes, le corps juridiquement constitué, l'association ou la collectivité à qui le travailleur social fournit ou convient de fournir un service

(i) à la demande ou avec l'accord² de la personne, de la famille, du groupe de personnes, du corps juridiquement constitué, de l'association, ou de la collectivité, ou

(ii) par suite d'une responsabilité prévue par la loi; ou

b) le juge d'un tribunal compétent qui ordonne au travailleur social de fournir une évaluation au tribunal.³

Conduite indigne

Un comportement ou une conduite qui ne correspond pas aux normes d'exercice et qui est donc passible de mesures disciplinaires.⁴

Exercice du service social

L'évaluation, la correction et la prévention de problèmes sociaux, et l'amélioration du fonctionnement social des personnes, des familles, des groupes et des collectivités au moyen

a) de la prestation de services de counseling directs à l'intérieur d'une relation établie entre le travailleur social et le client,

b) de l'élaboration, de la promotion et de la mise en œuvre de programmes de service social, y compris avec la collaboration d'autres professionnels,

c) de l'élaboration et de la promotion de politiques sociales visant à améliorer les conditions sociales et à favoriser l'égalité sociale⁵, et

d) de toutes les autres activités approuvées par l'ACTS.⁶

Faute et négligence professionnelles

La conduite correspondant à la définition de «conduite indigne», dans le cadre de la relation professionnelle, qui ne satisfait pas aux normes d'exercice du service social et cause un préjudice au client ou aggrave un tort déjà fait au client. Cela comprend, sans s'y limiter⁷, la conduite qui aboutit à des voies de fait, la tromperie, de fausses représentations, la diffamation, la rupture de contrat, la violation des droits de la personne, les poursuites abusives, l'emprisonnement ou une condamnation au criminel.

Intérêt du client

L'obligation pour le travailleur social :

a) de tenir compte en priorité des souhaits, motivations et projets du client dans le plan d'intervention qu'il a élaboré et de ne modifier ce plan que s'il est démontré que ces projets sont irréalistes ou déraisonnables, qu'ils peuvent causer du tort au client ou à autrui, ou qu'ils ne sont pas appropriés par rapport à une prescription de la loi,

b) d'être raisonnablement convaincu que ses actes et ses interventions profiteront au client,

c) de considérer le client comme un être individuel, un membre d'une entité familiale, un membre d'une collectivité, une personne ayant une ascendance ou une culture distinctes, et de tenir compte de ces facteurs dans toutes les décisions qui touchent le client.

Norme d'exercice

Niveau de professionnalisme normalement attendu d'un travailleur social compétent. Cela signifie que le public peut avoir l'assurance que le travailleur social possède la formation, les qualités et la diligence nécessaires pour dispenser des services sociaux professionnels.

Travailleur social

Personne dûment autorisée à exercer le service social dans une province ou un territoire ou, lorsque le permis obligatoire n'existe pas, personne exerçant le service social qui accepte d'être assujéti au Code.

1. Le client cesse d'être un client deux ans après la fin du service fourni par un travailleur social. Il est conseillé de bien préciser dans le dossier à quel moment le service prend fin.

2. Ce sous-alinéa prévoit deux situations où une personne peut être considérée comme un client volontaire. La personne qui demande les services d'un travailleur social est de toute évidence un client volontaire. Il se peut aussi qu'une personne reçoive initialement des services à la suite de la décision d'un tribunal ou d'une autre entité mandatée par la loi. Si cette personne reçoit un service au-delà de ce qui a été initialement mandaté, elle doit être libre de mettre fin à cet aspect du service. Une situation où une personne est adressée par un autre professionnel ou par un membre de la famille relève clairement de cette relation de «service volontaire», lorsque cette personne est d'accord avec le service à fournir. Cette relation de service social se distingue nettement de la relation décrite dans le sous-alinéa (ii) où le travailleur social dispense le service sans avoir ou sans demander l'assentiment du client.

3. Ici, le travailleur social donne une évaluation, une information ou une opinion professionnelle à un juge d'un tribunal compétent pour l'aider à rendre un jugement ou prendre une décision. Dans ce cas, la relation est établie avec le juge. La personne visée par l'information, l'évaluation ou l'opinion n'est pas le client. Le travailleur social a néanmoins des obligations professionnelles envers cette personne au point de vue par exemple de la compétence et de la dignité.

4. Dans l'arrêt *Re Matthews and Board of Directors of Physiotherapy* (1988) 34 O.K. (2d) 375. J. Saunders énonce trois principes importants relativement aux normes d'exercice et, partant, au code de déontologie :

(i) Les normes d'exercice sont des caractéristiques inhérentes à chaque profession.

(ii) Les normes d'exercice peuvent être écrites ou non.

(iii) Certains comportements sont clairement répréhensibles et n'ont pas à être précisés par écrit, tandis que d'autres comportements peuvent être l'objet d'un différend au sein de la profession.

5. Cette définition, sauf l'alinéa (ii), est tirée de la loi constituant l'Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick, chapitre 78 des Lois du Nouveau-Brunswick, 1988, section 2.

6. La procédure relative à l'ajout d'activités aux normes de cet alinéa sera établie sous forme de règlement par le conseil d'administration de l'ACTS.

7. L'importance d'obtenir l'opinion collective de la profession avant d'établir et par la suite de modifier le Code de déontologie a été reconnue dans un arrêt de 1884 portant sur la profession médicale. Lord Esher, M.R., a déclaré, en substance :

« S'il est démontré qu'un médecin, dans l'exercice de sa profession, a commis un geste qui serait considéré normalement comme déshonorant ou honteux par ses confrères professionnels de bonne réputation et compétence, alors le Conseil médical général peut dire que ce médecin est coupable de « conduite indigne au sens professionnel ».

Préambule

Principes

La profession du service social repose sur des idéaux humanitaires et égalitaires. Le travailleur social croit à la valeur et à la dignité intrinsèques de tout être humain et s'engage à promouvoir l'acceptation, l'autodétermination et le respect de l'individualité. Il croit que tous ont le devoir, individuellement et collectivement, d'assurer les ressources, les services et les possibilités d'épanouissement indispensables au bien général de l'humanité. Il respecte la culture des personnes, des familles, des groupes, des collectivités et des nations sans discrimination.⁹

Le travailleur social est voué au bien-être et à l'accomplissement de soi de la personne. Il s'emploie à perfectionner sa connaissance scientifique du comportement de la personne et de la société, et à en faire un usage discipliné. Il aide à la mise en œuvre des ressources nécessaires pour répondre aux besoins et aux aspirations de la personne sur les plans individuel, collectif, national et international, et il vise à la justice sociale pour tous.

Conflits dans l'exercice de la profession

Les normes énoncées dans le Code prévalent dans tout conflit qui pourrait survenir dans l'exercice de la profession. Les exigences du public, de l'employeur, d'un organisme ou du client peuvent placer le travailleur social en conflit d'intérêts. Dans tous les cas où les devoirs et obligations éthiques ou les responsabilités éthiques dictés par le présent Code risquent d'être enfreints, le travailleur social doit agir conformément aux prescriptions du Code.

Nature du Code

Les sept premiers principes énoncés dans le Code déterminent les devoirs et obligations éthiques du travailleur social. Ces principes forment la base de la relation du travailleur social avec le client et reposent sur les valeurs du service social. Tout manquement à ces principes est passible de mesures disciplinaires. Les trois derniers principes sont considérés comme des responsabilités éthiques et se distinguent des devoirs et obligations éthiques du travailleur social.

Une infraction à ces responsabilités éthiques n'entraîne pas nécessairement des mesures disciplinaires. Ces articles du Code peuvent cependant être invoqués en vue de la tenue d'une enquête. Ces responsabilités éthiques peuvent être utilisées pour étayer des infractions à d'autres articles du Code et servir à réunir les informations de base à l'appui de toute mesure disciplinaire. Mais également, ces responsabilités éthiques sont des buts souhaitables à atteindre pour la profession du service social qui, par définition, souscrit aux valeurs qui sous-tendent ce comportement éthique souhaitable.

8. Tiré de *Teaching and Learning about Human Rights: A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession*: U.N. Centre for Human Rights, Co-operation with International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Workers, Nations Unies, New York, 1992.

Code de déontologie en service social

Devoirs et obligations éthiques du travailleur social

1. Le travailleur social doit considérer l'intérêt du client comme son obligation professionnelle fondamentale.
2. Le travailleur social doit s'acquitter de ses obligations et devoirs professionnels avec intégrité et objectivité.
3. Le travailleur social doit avoir la compétence nécessaire pour fournir un service social au client et il doit maintenir cette compétence.
4. Le travailleur social ne doit pas se servir de la relation avec le client pour en retirer un avantage, une gratification ou un gain personnels.
5. Le travailleur social doit protéger le caractère confidentiel de tous les renseignements obtenus du client ou d'autrui au sujet du client et de la famille du client durant la relation professionnelle, sauf dans les cas suivants :
 - a) le client autorise par écrit la divulgation de renseignements précis,
 - b) le renseignement est divulgué en vertu d'une loi ou d'une ordonnance d'un tribunal compétent,
 - c) il y est tenu par d'autres dispositions du Code.
6. Le travailleur social qui a une autre profession, un autre emploi ou métier, ou d'autres affiliations, ne doit pas laisser ces intérêts extérieurs nuire à sa relation professionnelle avec le client.
7. Le travailleur social en exercice privé ne doit pas avoir une entreprise qui fournit des services sociaux pour des honoraires de manière à discréditer la profession ou à diminuer la confiance du public envers la profession.

Responsabilités éthiques du travailleur social

8. Le travailleur social recommande l'établissement de conditions de travail et de lignes directrices qui sont conformes au Code.
9. Le travailleur social agit de manière à encourager l'excellence dans la profession du service social.
10. Le travailleur social préconise des changements
 - a) dans l'intérêt du client, et
 - b) pour le bien général de la société, du milieu et de toute la collectivité.

1

Obligation professionnelle fondamentale

1. Le travailleur social doit considérer l'intérêt du client comme son obligation professionnelle fondamentale.

1.1 Le travailleur social doit se laisser guider principalement par cette obligation. Tout acte essentiellement non conforme à cette obligation est contraire à l'éthique.

1.2 Dans l'exercice de sa profession, le travailleur social ne doit poser aucun geste de discrimination fondé sur la race, l'origine ethnique, la langue, la religion, l'état civil, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, les aptitudes, la situation socio-économique, l'allégeance politique ou l'ascendance nationale.⁹

1.3 Le travailleur social doit informer le client du droit de ce dernier de consulter un autre professionnel à n'importe quel moment de la relation professionnelle.

1.4 Le travailleur social doit immédiatement informer le client de facteurs, troubles¹⁰ ou pressions qui altèrent sa capacité d'assurer un service de niveau acceptable.

1.5 Le travailleur social ne doit pas s'immiscer dans les affaires personnelles d'un client qui sont sans rapport avec le service fourni.

1.6 Le travailleur social ne doit pas émettre une opinion ou un jugement ou poser un diagnostic clinique qui n'est pas documenté par une évaluation, une observation ou un diagnostic.

1.7 Lorsque c'est possible, le travailleur social doit fournir ou procurer les services sociaux dans la langue officielle choisie par le client.

9. Cette obligation va au-delà des motifs de discrimination énoncés dans la plupart des lois sur les droits de la personne. L'obligation professionnelle est donc plus grande que ce qui est énoncé dans les lois provinciales.

10. Le terme trouble désigne un trouble physique, mental ou psychologique. Le travailleur social a l'obligation implicite de chercher activement à obtenir un diagnostic et un traitement, au premier signe ou avertissement d'un trouble quelconque. Les renseignements divulgués en vertu de cet article peuvent être d'ordre général. Voir aussi l'article 3.4.

2

Intégrité et objectivité

2. Le travailleur social doit s'acquitter de ses obligations et devoirs professionnels avec intégrité et objectivité.¹¹

2.1 Le travailleur social doit mentionner et décrire ses études, sa formation, son expérience, ses affiliations professionnelles, sa compétence et la nature du service qu'il fournit d'une manière honnête et exacte.

2.2 Le travailleur social doit expliquer au client, lorsque celui-ci le lui demande, ses études, son expérience, sa formation, sa compétence, la nature du service qu'il fournit et ses actes.

2.3 Le travailleur social cite ses diplômes seulement quand ils ont été obtenus de l'établissement d'enseignement.

2.4 Le travailleur social ne doit pas prétendre avoir fait des études ou reçu une formation dans un champ de connaissances du service social uniquement parce qu'il a assisté à un cours, une démonstration, une conférence, un débat d'experts, un atelier, un colloque ou un autre exposé didactique du même genre.¹²

2.5 Le travailleur social ne doit pas faire d'allégation fautive, trompeuse ou exagérée quant à ce qu'il a accompli ou prévoit accomplir relativement à son travail auprès des clients.

2.6 Le travailleur social doit distinguer les actes qu'il pose et les déclarations qu'il fait à titre de simple citoyen, des actes posés et des déclarations faites en qualité de travailleur social.¹³

11. Le terme objectivité est tiré du Code de déontologie professionnelle du Québec. Voir division 2 : Intégrité et objectivité (R.Q. Québec), 5 novembre 1970, Vol. 2, n° 30. Le terme objectivité est utilisé dans l'article 3.02.01. « Le travailleur social doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité et objectivité. »

12. Les associations provinciales peuvent réglementer les champs de connaissances dont fait état un travailleur social. Cela variera d'une province à l'autre, selon les lois habilitantes en vigueur. Dans les cas où la base législative est insuffisante pour appuyer cette réglementation, le travailleur social qui prétend avoir des connaissances qui ne s'appuient sur aucune formation adéquate peut être reconnu coupable d'une conduite non professionnelle.

13. Même en tenant compte de la distinction faite dans cet article, il peut arriver que les actions ou paroles privées d'un travailleur social soient telles qu'il ne puisse échapper aux responsabilités prévues par le Code.

Compétence dans la prestation du service social

3. Le travailleur social doit avoir la compétence nécessaire pour fournir un service social au client et il doit maintenir cette compétence.

3.1 Le travailleur social s'abstient d'entreprendre de fournir un service social à moins d'avoir la compétence nécessaire pour fournir le service ou de pouvoir acquérir cette compétence sans retard, risque ou dépenses indus pour le client.

3.2 Lorsque le travailleur social ne peut raisonnablement acquérir la compétence nécessaire pour fournir le service au client, il doit refuser de fournir ce service en informant le client de la raison et en s'assurant que le client est adressé à un autre professionnel, si le client y consent.

3.3 Le travailleur social, avec l'accord du client, peut obtenir l'avis d'autres professionnels afin de fournir le service au client.

3.4 Le travailleur social doit conserver un niveau acceptable de santé et de bien-être afin de fournir un service de qualité au client.¹⁴

3.5 Lorsque le travailleur social a un trouble, un handicap ou une maladie physique ou mentale qui nuit à sa capacité de fournir un service de qualité ou qui risque de porter atteinte à la santé ou au bien-être du client, il doit mettre fin au service en

- a) informant le client de la raison¹⁵, et
- b) s'assurant que le client est adressé à un autre professionnel, si le client y consent.

3.6 Le travailleur social doit avoir et conserver un niveau acceptable de connaissances et d'aptitudes pour satisfaire aux normes d'exercice de la profession, et il doit actualiser ses connaissances régulièrement.

14. Cet article, qui doit être considéré par rapport à l'article 3.4, implique le maintien de la santé, la prévention de la maladie et le traitement de tout état pouvant nuire à la santé et au bien-être du travailleur social.
15. Il n'est pas toujours nécessaire de donner tous les détails relatifs au problème.

Limites de la relation professionnelle

4. Le travailleur social ne doit pas se servir de la relation avec le client pour en retirer un avantage, une gratification ou un gain personnels.

4.1 Le travailleur social doit respecter le client et agir de manière à ce que la dignité, l'individualité et les droits du client soient sauvegardés.

4.2 Le travailleur social doit évaluer la motivation et les capacités physiques et mentales du client et il doit tenir compte de ces éléments quand il détermine le service à fournir.

4.3 Le travailleur social ne doit pas avoir de relations sexuelles avec le client.

4.4 Le travailleur social ne doit pas avoir de relations d'affaires avec le client, ni lui emprunter ou prêter de l'argent.¹⁶

4.5 Le travailleur social ne doit pas avoir de relations sexuelles avec l'élève en service social dont la responsabilité lui est confiée.

4.6 Le travailleur social ne doit pas exercer de harcèlement sexuel.

16. Le travailleur social doit garder l'argent ou les autres biens appartenant au client et dont il a la charge dans un compte en fidéicommis ou conjointement avec un autre professionnel.

5

Renseignements confidentiels

5. Le travailleur social doit protéger le caractère confidentiel¹⁷ de tous les renseignements obtenus du client ou d'autrui au sujet du client et de la famille du client durant la relation professionnelle,¹⁸ sauf dans les cas suivants :

- a) le client autorise par écrit la divulgation de renseignements précis.¹⁹
- b) le renseignement est divulgué en vertu d'une loi ou d'une ordonnance d'un tribunal compétent,
- c) il y est tenu par d'autres dispositions du Code.

5.1 L'obligation au secret professionnel s'applique aussi aux travailleurs sociaux qui exercent des fonctions

- a) de superviseur,
- b) de gestionnaire,
- c) de professeur, ou
- d) d'administrateur.

5.2 Le travailleur social qui exerce des fonctions de superviseur, de gestionnaire ou d'administrateur doit établir des lignes directrices et des règles qui protègent le caractère confidentiel des renseignements relatifs aux clients.

5.3 Le travailleur social peut communiquer des renseignements confidentiels à des personnes de son milieu de travail s'il juge que celles-ci, en vertu de leurs responsabilités, ont un besoin reconnu de savoir.

5.4 Le client doit être la source initiale ou principale de renseignements à son sujet et au sujet de ses problèmes, sauf s'il ne peut pas ou ne veut pas donner des renseignements ou lorsque des rapports sont exigés pour corroborer certains faits.

5.5 Le travailleur social doit s'assurer que le client comprend ce qui est demandé, de même que pourquoi et à quelles fins les renseignements seront employés. Il doit aussi comprendre les lignes directrices et les règles du milieu de travail en matière de secret professionnel.

5.6 Lorsque les renseignements sont exigés par la loi, le travailleur social doit expliquer au client les conséquences qu'entraînerait le refus de fournir ces renseignements.

5.7 Lorsque des renseignements doivent être obtenus d'autres sources, le travailleur social doit

- a) l'expliquer au client et
- b) tenter de faire participer le client au choix des sources à utiliser.

5.8 S'il accepte de garder les papiers personnels ou d'autres biens du client à la demande de celui-ci, le travailleur social doit prendre des moyens raisonnables pour les protéger.

Consignation des renseignements

5.9 Le travailleur social doit tenir un seul dossier maître sur chaque client.²⁰

5.10 Le travailleur social doit consigner tous les renseignements pertinents et verser tous les documents pertinents au dossier.

5.11 Le travailleur social ne doit consigner au dossier du client aucun renseignement non fondé sur l'évaluation clinique ou sur des faits.

Accès aux dossiers

5.12 Le travailleur social qui passe un contrat de service social avec un client est responsable envers le client de la tenue de son dossier.

5.13 Le travailleur social à l'emploi d'un organisme social qui fournit des services sociaux à des clients est responsable

- a) envers le client de la tenue de son dossier et,
- b) envers l'organisme de la tenue des dossiers requis pour faciliter la réalisation des objectifs de celui-ci.

5.14 Le travailleur social a le devoir de respecter la disposition d'une loi qui permet aux clients d'avoir accès à leur dossier.

5.15 Le travailleur social doit respecter le droit du client de consulter son dossier, sous réserve du droit qu'il a lui-même d'en refuser l'accès pour des raisons justes et raisonnables.

5.16 Lorsqu'il refuse au client l'accès à un dossier ou à une partie de dossier, le travailleur social doit informer celui-ci de son droit de demander une révision de la décision conformément à la loi, aux lignes directrices de l'employeur ou aux autres règles qui s'appliquent.

Communication de renseignements

- 5.17 Le travailleur social ne doit pas communiquer l'identité des personnes qui ont demandé des services sociaux, ni la source des renseignements obtenus au sujet des clients, à moins que la loi ne l'y oblige.²¹
- 5.18 L'obligation de garder le secret dure indéfiniment après que le travailleur social a cessé d'avoir des contacts avec le client.
- 5.19 Le travailleur social doit éviter les conversations inutiles au sujet des clients.
- 5.20 Le travailleur social peut divulguer des renseignements confidentiels moyennant le consentement du client, donné de préférence par écrit, lorsque ces renseignements sont essentiels au plan de soins ou au traitement.
- 5.21 Le travailleur social ne doit transmettre des renseignements à un autre organisme ou à une autre personne qu'avec le consentement éclairé du client ou de son tuteur, et seulement s'il peut raisonnablement croire que l'organisme qui reçoit les renseignements prévoit le même respect du secret professionnel et le même respect pour le droit aux communications protégées par le secret professionnel que l'organisme qui les transmet.
- 5.22 Le travailleur social doit expliquer au client, avant de commencer à fournir les services sociaux, les exigences de la loi ou de l'organisme en ce qui a trait à la communication des renseignements.
- 5.23 Le travailleur social qui travaille auprès de groupes et de collectivités doit les informer qu'il se peut que des aspects de leur vie privée soient révélés au cours du travail qu'ils font ensemble; il exige par conséquent que chaque participant s'engage à respecter la nature confidentielle et privée des communications entre les membres du groupe client.
- 5.24 Sous réserve de l'article 5.26, le travailleur social ne doit pas communiquer les renseignements obtenus du client à un membre de la famille de celui-ci sans d'abord obtenir le consentement éclairé du client qui a fourni l'information.
- 5.25 Le travailleur social communique les renseignements obtenus du client à un membre de la famille de celui-ci,
- lorsque ces renseignements comportent une menace de porter atteinte à l'intéressé ou à autrui²²;
 - lorsque l'information a été obtenue d'un enfant d'âge tendre et que le travailleur social détermine que la divulgation de l'information est dans l'intérêt de l'enfant.²³

5.26 Le travailleur social doit avertir la personne ou la police lorsqu'il reçoit des renseignements du client indiquant que cette personne court un danger.

5.27 Le travailleur social peut divulguer des renseignements confidentiels dans le cadre d'une enquête disciplinaire sur un travailleur social ordonnée par le tribunal ou le conseil de discipline.

5.28 Lorsque le travailleur social doit communiquer des renseignements en vertu d'une ordonnance du tribunal, il doit s'en tenir à ce qui est raisonnablement nécessaire et, dans la mesure du possible, informer le client de l'obligation qui lui est imposée.

5.29 Le travailleur social ne doit pas se servir de renseignements confidentiels pour enseigner, pour informer le public ou pour faire de la recherche sans le consentement éclairé du client.

5.30 Le travailleur social peut se servir de renseignements anonymes pour enseigner, pour informer le public ou pour faire de la recherche.

Conservation et utilisation des renseignements

5.31 Lorsque les dossiers du travailleur social sont dans un endroit ou un ordinateur dont l'employeur assure l'entretien et le fonctionnement, le travailleur social doit recommander des moyens sûrs pour conserver et utiliser les renseignements contenus dans les dossiers.

17. Pour le travailleur social, protéger le caractère confidentiel des renseignements ou des observations au sujet d'un client signifie qu'il garde secrets ces renseignements et ces observations, et qu'il les communique seulement quand il a l'autorisation voulue et qu'il y est obligé légalement ou professionnellement. Cela signifie aussi que les renseignements obtenus sur le plan professionnel peuvent être traités comme une communication protégée par le secret professionnel, et que d'ordinaire seul le client peut renoncer à cette protection.

On entend par communications protégées les déclarations faites dans le cadre d'une relation protégée (marriage-famille, professionnel-client) que la loi protège contre la divulgation. L'étendue de cette protection est régie par la loi et non par le Code.

Garder le caractère confidentiel des communications protégées par le secret professionnel signifie que les renseignements qui concernent les clients n'ont pas à être transmis sous quelque forme que ce soit, c'est-à-dire ni oralement, ni par écrit, ni par des enregistrements. Ainsi, le travailleur social n'est pas tenu de communiquer ces renseignements à un superviseur, de les consigner dans un dossier de l'établissement, de les mettre en mémoire dans une base de données informatisées ou microfilmées, de les enregistrer sur bande audio ou vidéo ou d'en discuter

oralement. Le travailleur social respecte le droit aux communications protégées par le secret professionnel dans l'exercice du service social, bien que ce droit ne soit pas généralement reconnu par la loi.

La divulgation de renseignements confidentiels dans l'exercice du service social comporte l'obligation de les partager sur le plan professionnel avec les collègues de l'établissement dans le cadre d'un service raisonnable au client. Les travailleurs sociaux reconnaissent la nécessité d'obtenir la permission des clients avant de transmettre des renseignements à leur sujet à des sources extérieures à l'établissement; ils reconnaissent en outre qu'il est nécessaire d'informer les clients, dès le début de la relation, que certains renseignements peuvent être partagés avec les cadres et avec le personnel de l'organisme qui tiennent à jour les dossiers des clients et qui ont un besoin raisonnable de ces renseignements dans l'exercice de leurs fonctions.

18. La relation entre le service social et le client peut être considérée comme une relation fiduciaire.

Dans *Fiduciary Duties in Canada* par Ellis, le devoir fiduciaire est décrit comme une relation où une partie met sa confiance en l'autre et où celui-ci consent — expressément ou en vertu d'une loi — à agir de manière à inspirer cette confiance.

19. L'obligation de respecter le secret professionnel a été examinée par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Holtz v. Mitchell*, (1928) S.C.R. 125, une poursuite intentée par un employé handicapé du CN contre un médecin de l'entreprise qui avait révélé les antécédents médicaux de l'employé, au détriment de celui-ci. Le juge Duff a énoncé l'obligation de respecter le secret professionnel :

« Nous ne sommes pas tenus, aux fins du ce recours au appel, de tenter de délimiter précisément l'obligation ou secret professionnel qui incombe au médecin relativement aux données confidentielles qu'il acquiert dans l'exercice de sa profession. Personne ne conteste que le secret ainsi obtenu appartient au patient et que c'est lui qui en est normalement le dépositaire, et non le médecin. De prime abord, le patient a le droit d'exiger que le secret ne soit pas révélé; ce droit est absolu, à moins de l'existence d'un motif prépondérant ».

Ainsi, le patient a le droit le plus strict au secret professionnel; la Cour a prédominamment fait valoir que la « propriété » subsiste dans le caractère confidentiel des renseignements personnels. Le juge Duff a poursuivi en prévoyant la possibilité de critères « prédominants » qui mitigent ce droit :

« Nul doute que des motifs peuvent être invoqués, fondés sur des faits, qui font entrer en ligne de compte des considérations prépondérantes liées à la justice publique. Il peut y avoir des cas où les motifs liés à la sécurité physique ou morale des individus ou du public auraient suffisamment de poids pour se superposer aux obligations imposées à prime abord par la relation confidentielle ».

Le devoir général des médecins de respecter le secret de l'information qu'ils obtiennent de leurs patients sous le sceau de la confiance est sans doute assujéti à certaines exceptions qui n'ont pas cours dans le cas des avocats. Mais les impératifs juridiques, anciens ou nouveaux auxquels sont soumis les médecins et les chirurgiens concernant l'inviolabilité du secret professionnel ne sont pas basés exclusivement sur les relations entre les parties en tant qu'individus, pas plus que les impératifs qui concernent les conseillers juridiques ».

20. Le dossier maître désigne tous les documents pertinents relatifs au client : renseignements sur l'état civil, observations, documents du tribunal, évaluations, correspondance, plans de soins, factures, etc. Cette information est souvent recueillie par différents moyens, notamment par des sources électroniques et informatiques. Le dossier maître du client constitue cependant une seule unité renfermant toute l'information le concernant, même si les renseignements viennent de différentes sources. La description et la propriété du dossier maître sont, la plupart du temps, définies dans les normes ou lignes directrices de l'employeur. En préparant le dossier maître, il faut garder à l'esprit qu'il sera peut-être divulgué au client ou dévoilé au cours de procédures légales.

21. Le travailleur social peut être tenu de divulguer de l'information en vertu de cet article lorsqu'un tribunal le lui ordonne directement. Avant de s'exécuter, le travailleur social doit aviser le tribunal des obligations professionnelles prévues par cet article du Code et, dans la mesure du possible, en informer le client.

22. L'affaire *Torocoff v. The Regents of the University of California et al.* (1978), 551 p.2d 334 (Cal. Supreme Court) portait sur l'obligation d'un psychiatre de respecter le caractère confidentiel des renseignements obtenus des patients. Dans cette affaire, le patient avait avoué au psychiatre qu'il avait l'intention de tuer une femme. Le patient a exécuté sa menace et les parents de la femme ont poursuivi le psychiatre, en soutenant que celui-ci avait le devoir d'avertir la victime du danger qui pesait sur elle.

Le tribunal a jugé que le psychiatre avait bel et bien le devoir d'avertir la femme du danger. Il a reconnu que le psychiatre avait une obligation envers le patient de protéger le caractère confidentiel des confidences entendues durant les séances de thérapie, en ajoutant cependant qu'il devait aussi protéger toute personne qu'il avait été en danger. À un moment donné, l'obligation envers ce tiers l'emportait sur le secret professionnel. L'information obtenue par le psychiatre créait une obligation de protection. La nature de la conduite jugée suffisante pour satisfaire aux obligations envers cette tierce personne peut dépendre des circonstances, mais il peut être nécessaire de donner un avertissement pour révéler ce que le patient a dit de cette tierce personne. Le tribunal, dans cette affaire, a déterminé que le psychiatre aurait dû avertir la femme que le patient avait manifesté l'intention de la tuer et que, ayant omis de le faire, il se rendait coupable de négligence. De plus, le tribunal a jugé que le principe de cette obligation de protection s'appliquait non seulement à un psychiatre mais aussi à un psychologue thérapeute. Il s'appliquait également que le principe s'appliquait aussi aux travailleurs sociaux qui avertissent des clients en thérapie.

23. Aux fins du présent Code, un enfant d'âge tendre est habituellement un enfant de moins de sept ans, tel qu'établi par le travailleur social en fonction du développement social, physique, intellectuel, affectif ou psychologique de l'enfant.

Intérêts extérieurs à la profession

6. Le travailleur social qui a une autre profession, un autre emploi ou métier, ou d'autres affiliations, ne doit pas laisser ces intérêts extérieurs nuire à sa relation professionnelle avec le client.

6.1 Le travailleur social doit déclarer au client les intérêts extérieurs à la profession qui influenceraient sa relation professionnelle avec le client.

6.2 Le travailleur social ne doit pas laisser les intérêts extérieurs à la profession

- a) nuire à sa capacité d'exercer le service social,
- b) donner l'impression au client ou à la société que sa capacité d'exercer le service social est atteinte, ou
- c) jeter un discrédit sur la profession du service social.²⁴

24. Cet article fait concorder les intérêts extérieurs à la profession et les actions personnelles du travailleur social avec les obligations et devoirs professionnels énoncés dans le Code.

Limites de l'exercice privé

7. Le travailleur social en exercice privé ne doit pas avoir une entreprise qui fournit des services sociaux pour des honoraires de manière à discréditer la profession ou à diminuer la confiance du public envers la profession.

7.1 Le travailleur social ne doit pas se servir de la relation de service social au sein d'un organisme pour obtenir des clients pour son cabinet privé.

7.2 Sous réserve de l'article 7.3, le travailleur social qui passe un contrat de services avec un client

- a) doit informer le client de son barème d'honoraires dès le début de la relation,
- b) ne doit pas demander des honoraires plus élevés que ceux qui ont été acceptés et dont il a informé le client,
- c) ne doit pas facturer des heures de service autres que les heures raisonnables consacrées au service au client, à la recherche, à la consultation et au travail administratif directement lié au cas.

7.3 Le travailleur social en exercice privé peut demander des honoraires différents pour ses services; cependant, il ne peut demander des honoraires plus élevés pour des motifs fondés sur la race, l'origine ethnique, la langue, la religion, l'état civil, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, les aptitudes, la situation socio-économique, l'allégeance politique ou l'ascendance nationale.

7.4 Le travailleur social en exercice privé doit contracter une assurance qui le protégera suffisamment en cas de faute professionnelle ou de diffamation, de même qu'une assurance-responsabilité.

7.5 Le travailleur social en exercice privé peut facturer de l'intérêt sur les comptes en souffrance, selon ce qui est permis par la loi.²⁵

7.6 Indépendamment de l'article 5.17, le travailleur social en exercice privé peut exercer un recours civil pour que les services fournis à un client lui soient payés, pourvu qu'il ait informé le client de cette possibilité dès le début de la relation professionnelle.

25. Le taux d'intérêt doit être indiqué sur tous les comptes et factures envoyés au client.

Responsabilités éthiques envers l'employeur

8. Le travailleur social recommande l'établissement de conditions de travail et de lignes directrices qui sont conformes au Code.

8.1 Lorsque ses responsabilités envers l'employeur entrent en conflit avec ses devoirs envers le client, le travailleur social consigne les détails par écrit et signale la situation à l'employeur.

8.2 Lorsqu'un grave conflit éthique persiste après que la situation a été signalée à l'employeur, le travailleur social en saisit l'association ou l'organe de réglementation.²⁶

8.3 Le travailleur social respecte les principes énoncés dans le Code dans ses rapports avec

- a) un travailleur social sous sa supervision,
- b) un employé sous sa supervision,
- c) un élève en service social sous sa supervision.

Responsabilités éthiques envers la profession

9. Le travailleur social agit de manière à encourager l'excellence dans la profession du service social.

9.1 Le travailleur social signale à l'association ou à l'organe de réglementation concerné toute infraction au Code commise par un autre travailleur social et qui est de nature à nuire à un client ou à entraver la prestation efficace du service social.

9.2 Le travailleur social signale à l'association ou à l'organe de réglementation toute personne qui exerce le service social sans diplôme ou sans permis.

9.3 Le travailleur social ne s'immisce pas dans la relation professionnelle entre un autre travailleur social et son client à moins que ce dernier ne lui en fasse la demande par écrit et qu'il ne soit convaincu que son intervention est dictée par les intérêts et le bien-être du client.

9.4 Lorsqu'un conflit survient entre le travailleur social et les membres d'autres professions, le travailleur social tente de résoudre les différends d'ordre professionnel de manière à sauvegarder les principes énumérés dans le Code et l'honneur de la profession du service social.

9.5 Le travailleur social qui fait de la recherche s'assure que les clients participant à cette recherche y consentent en toute connaissance de cause.

10

Responsabilités éthiques à l'égard des changements sociaux

10. Le travailleur social préconise des changements
- a) dans l'intérêt du client, et
 - b) pour le bien général de la société, du milieu et de toute la collectivité.
- 10.1 Le travailleur social relève les actes discriminatoires, les documente et recommande leur suppression.
- 10.2 Le travailleur social prône la répartition égale des ressources pour tous.
- 10.3 Le travailleur social prône l'accès égal pour tous aux ressources, aux services et aux possibilités d'épanouissement.
- 10.4 Le travailleur social prône un environnement sain et salubre et la mise en œuvre de stratégies environnementales conformes aux principes du service social.
- 10.5 Le travailleur social fournit des services professionnels raisonnables en cas d'urgence.
- 10.6 Le travailleur social fait la promotion de la justice sociale.

DESCRIPTION DE L'EMPLOI

4



Centre de services sociaux Richelieu
 Centre sous-régional de Saint-Hyacinthe
 2800, rue Morin
 Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2H7
 773-8411

DESCRIPTION D'EMPLOI

EMISSION: 27 juillet 1990

Identification de l'emploi

- 1.1. Titre d'emploi: A.R.H. - formation en Service social.
- 1.2 Service: Hospitalier.
- 1.3 Sous-service: Clinique externe de psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent du C.H. de Granby.
- 1.4 Horaire de travail: 35/heures par semaine.
- 1.5 Titre du supérieur immédiat: Chef des services sociaux en milieu hospitalier.

2. Résumé de l'emploi: (Délimiter d'une façon générale et succincte les fonctions, les responsabilités)

Selon les responsabilités normalement dévolues à son titre d'emploi, le titulaire de ce poste devra:

- Voir à l'application du programme des services sociaux en milieu hospitalier précisé par entente de services entre le C.S.S.R. et le C.H. de Granby.
- Procéder directement, par l'approche individuelle ou de groupe aux interventions de type clinique requises par les bénéficiaires.
- Intervenir tant auprès des individus que de leur famille, s'il y a lieu, en utilisant au besoin les ressources communautaires.

3. Contenu des tâches de l'emploi:

L'intervention psychosociale en Santé mentale jeunesse s'effectue en contexte d'équipe multidisciplinaire. L'intervenant social apporte son expertise, tant au niveau de l'évaluation des besoins de la clientèle, de l'intervention psychosociale proprement dite, qu'au sein de l'équipe dans laquelle il s'inscrit.

DESCRIPTION D'EMPLOI

Ses interventions s'articulent en collaboration et en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe, dans la perspective du plan de services établi pour et avec le bénéficiaire.

De façon générale, ses activités professionnelles sont les suivantes:

- L'accueil et la pré-évaluation des nouvelles demandes, afin d'évaluer la pertinence de la demande, le degré d'urgence et, s'il y a lieu, l'orientation vers le service ou organisme approprié.
- L'évaluation psychosociale selon une approche parents-enfants, familiale ou individuelle, par la cueillette et l'analyse des données personnelles, familiales et sociales.
- L'élaboration du plan d'intervention psychosociale.
- L'intervention psychosociale visant la réadaptation de l'enfant/adolescent dans ses relations avec sa famille et/ou avec son environnement (milieu scolaire, loisirs, amis, etc.).

Ces interventions peuvent être selon diverses modalités:

- . consultation parents-enfant/ado.,
 - . thérapie familiale, conjugale, individuelle,
 - . interventions psycho-éducatives auprès des parents et/ou membres de la famille,
 - . thérapie de groupe,
 - . placement en famille d'accueil,
 - . utilisation de diverses ressources de support ou de répit aux familles (ex.: gardiennage, camps de vacances, etc.),
 - . informations et références aux ressources communautaires appropriées,
 - . etc.
- Consultation aux professionnels et organismes du milieu (écoles - garderies - C.L.S.C. - cliniques médicales etc.).
 - Consultation et collaboration auprès d'autres services du C.S.S., dont les Services de Protection de la Jeunesse.

DESCRIPTION D'EMPLOI

4. Exigences de l'emploi:

- 4.1 Expérience:** Une expérience d'environ deux ans en santé mentale jeunesse ou dans un domaine connexe serait un atout.
- 4.2 Qualités personnelles:** Autonomie professionnelle.
Aptitude à travailler en équipe interdisciplinaire.

5. Exigences académiques et professionnelles:

- 5.1 Scolarité:** Etre détenteur d'un diplôme universitaire de 1^{er} cycle en Service social.
- 5.2 Exigences professionnelles:** Connaissance de l'anglais appropriée à la fonction.
- 5.3 Formation spécialisée souhaitable soit en:** Approche systémique
Thérapie familiale.

PRÉ-ÉVALUATION

5



CENTRE HOSPITALIER DE GRANBY

205 boul. Leclerc, Granby

Cote de l'urgence _____

 CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE
 Service de l'enfant et de l'adolescent
 PRÉ-ÉVALUATION

Renseignements donnés par _____			
Référence médicale _____			
Autre référence _____			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse actuelle		Numéro de téléphone	
		Résidence _____	
		Autre _____	
Année scolaire		Nom de l'école	Téléphone
Famille Biologique <input type="checkbox"/> D'accueil <input type="checkbox"/> D'adoption <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Reconstituée <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Précisez _____			
Noms et prénoms frères et sœurs (demi-frères et demi-sœurs)			Date de naissance
Nom et prénom du père		Nom et prénom de la mère	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Date de naissance	Téléphone	Date de naissance
Profession		Profession	
Garde Physique <input type="checkbox"/>	Légale <input type="checkbox"/>	Garde Physique <input type="checkbox"/>	Légale <input type="checkbox"/>
Etat civil du père Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Uni de Fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Remarié <input type="checkbox"/>		Etat civil de la mère Célibataire <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Unie de fait <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Remariée <input type="checkbox"/>	
Nom de l'actuelle conjointe _____		Nom de l'actuel conjoint _____	
Nom du répondant (si autre que parent)		Contexte familial	
Numéro de téléphone			

Consultations antérieures		Commentaires
Autres	<input type="checkbox"/>	
Orthopédagogie	<input type="checkbox"/>	
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	
Psychologie	<input type="checkbox"/>	
Service social	<input type="checkbox"/>	

Histoire médicale	Commentaires
Examen médical récent? oui <input type="checkbox"/>	
non <input type="checkbox"/>	

Motif de consultation:	Volontaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	Difficulté de langage	<input type="checkbox"/>
Appétit	<input type="checkbox"/>	Difficulté de parole	<input type="checkbox"/>
Difficulté à l'école	<input type="checkbox"/>	Énurésie	<input type="checkbox"/>
		Somatisation	<input type="checkbox"/>
		Sommeil	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Impression générale

Références éventuelles

Aide juridique	<input type="checkbox"/>	Consultation en privé	<input type="checkbox"/>	Groupe Poing Final	<input type="checkbox"/>
Alateens	<input type="checkbox"/>	C.S.S.	<input type="checkbox"/>	Parents anonymes	<input type="checkbox"/>
Alcooliques anonymes	<input type="checkbox"/>	Groupe de counselling parental	<input type="checkbox"/>	Protection de la Jeunesse	<input type="checkbox"/>
C.L.S.C.	<input type="checkbox"/>	Groupe de Parents d'Adolescents	<input type="checkbox"/>		
Autres	<input type="checkbox"/>	Précisez _____			

Date _____ Dossier social actif _____

Nom _____ Modalité d'entrevue _____

CRITÈRES DE PRIORITÉ ET D'URGENCE

6

CRITÈRES DE PRIORITÉ ET D'URGENCE SUITE À LA PRÉ-ÉVALUATION

- A-** - URGENCE SUICIDAIRE ou HOMICIDE
- ***I
 - ****
 - *****
- . Faible: a été touché par le problème, personne en relation avec le problème, suicidaire avec ressource
 - . Moyenne: passé lourd et recherche solution définitive, voie de chronicité ou quelques tentatives
 - . Elevée: suicidaire, multiples tentatives ou passé psychiatrique.
- ****
- ABUS: abus psychologique, abus physique et abus sexuel
- B- *** - TROUBLE persistant depuis plus d'un mois
- **
 - *
- . Trouble qui remonte à la période de la petite enfance et persiste depuis plus de six mois.
 - . Troubles multiples: plus d'un professionnel consulté ou plus d'une problématique (ajouter une étoile pour chacune des problématiques soulevées par exemple hyperactivité, trouble alimentaire. - ** -)
- C- ***** - DANGER PHYSIQUE: bizarrerie, hallucination, comportement autodestructeur ou tendance aux accidents.
- D- **** - ADOLESCENT (e)
- ****
- Adolescent (e) qui se réfère elle-même ou lui-même.
- E- ****** - ENFANT OU ADOLESCENT EN PLACEMENT, adoption, déplacé, rejet de la famille.
- F- ***** - CRISE RÉCENTE (événement récent - moins de six mois- traumatisant).
- G- ***** - POURSUITE d'une première intervention d'un réseau de service (C.L.S.C., C.P.E.J., Commission scolaire, organismes communautaires ou médecin) ou ordonnance de la Cour.
- H- **** - CAS PSYCHIATRIQUE dans la famille, famille monoparentale, séparation, divorce, famille reconstituée, un parent décédé ou syndrome d'aliénation parentale sévère.
- I- ****** - DIFFICULTÉ D'ACCEPTATION à l'école, danger d'exclusion imminente, de voie d'évitement, phobie scolaire.
- J- **** - Déjà vu en psychiatrie.
- K- *** - JEUNE ÂGE (en bas de 4 ans).
- L- *** - PERSONNE RESSOURCE disponible pour aider au traitement ou aux parents très motivés - Possibilité d'étendre ressource d'intervention.
- M- *** - DIFFICULTÉS FINANCIÈRES - famille nombreuse (plus de 3).

1993 - Équipe de la psychiatrie pour enfant et adolescent du C.H. G.

1 * Les unités s'additionnent au besoin.

FONCTIONS DES INTERVENTIONS

7

FONCTIONS DES INTERVENTIONS¹**Nature des interventions**

Dans une vision de santé globale (approche bio-psycho-sociale) et compte tenu de notre concept intégrateur basé sur le développement de l'adaptation optimale de l'individu à sa situation nouvelle créée par la maladie ou le traumatisme, le praticien social devra agir directement sur les facteurs psychosociaux et environnementaux des bénéficiaires. Nous précisons la nature de nos interventions par les trois éléments suivants:

1. Fonctions des interventions
2. Modalités des interventions cliniques
3. Lieu d'application et choix des modalités des interventions cliniques

1. Fonctions des interventions

La poursuite des buts amène une pluralité de fonctions reliées aux interventions des praticiens sociaux et des gestionnaires en milieu de santé. Nous regroupons ces fonctions en six groupes.

- 1.1 **La fonction clinique** : cette fonction a pour but de répondre aux besoins de diagnostic et de traitement des bénéficiaires du centre hospitalier et de leurs familles qui présentent des problèmes sociaux et psychosociaux reliés à la maladie.
- 1.2 **La fonction de consultation** : cette fonction découle de la notion d'expert du service social en milieu hospitalier et a pour but d'apporter un éclairage social ou psychosocial aux professionnels de la santé et au personnel administratif du centre hospitalier et ainsi leur permettre de résoudre un problème dans une situation de travail donnée.

¹ Tiré du CSS RICHELIEU, Programme des services sociaux en milieu hospitalier, 1985, pp. 37-38

- 1.3 **La fonction communautaire** : cette fonction a pour but de faire une liaison entre le centre hospitalier et les autres ressources de la communauté afin d'assurer une complémentarité dans le traitement des bénéficiaires et dans la réponse à leurs besoins.
- 1.4 **La fonction administrative** : cette fonction a pour but d'assurer la concordance entre les objectifs du service social et ceux du centre hospitalier et concerne le regroupement des activités de gestion interne et de participation décisionnelle ou consultative.
- 1.5 **La fonction de recherche** : cette fonction a pour but de participer, avec d'autres disciplines (médicales ou para-médicales) à l'élaboration et à la réalisation de projets de recherche visant à améliorer les services dans les domaines de la santé et du bien-être. Cette participation se situe au niveau des facteurs sociaux et psychosociaux.
- 1.6 **La fonction d'enseignement** : cette fonction a pour but de collaborer à la formation pratique, sur le terrain, de travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé, y compris les médecins, dans l'optique d'une approche globale de la santé.

FONCTIONS DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES
EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

8

**FONCTIONS DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES
EN ETABLISSEMENT DE SANTÉ 1**

10

FONCTIONS	INTERVENTIONS
1 ^o Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation psychosociale et élaboration du plan d'intervention; • Application du plan d'intervention: mise en application d'une ou de plusieurs approches en fonction des problèmes psychosociaux influençant la maladie ou provoqués par elle; • Intervention effectuée selon différentes cibles: individu, couple, famille, groupe, réseau du bénéficiaire, les organismes, la communauté; • Evaluation des résultats.
2 ^o Interaction et adaptation à un nouveau milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation, orientation et suivi des personnes devant bénéficier d'un nouveau milieu de vie exemple: adaptation du bénéficiaire à son hospitalisation, admission et suivi en ressources intermédiaires et de type familial (le suivi dans ces ressources est effectué pour les bénéficiaires en santé mentale et de la clinique de réadaptation).
3 ^o Réinsertion dans le milieu naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation, planification des sorties du centre hospitalier ou d'une ressource d'accueil. Mobilisation des ressources pour le maintien en milieu naturel.
4 ^o Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du besoin de protection pour les personnes dont l'autonomie, la sécurité et le développement sont menacés par des abus, la négligence ou autres causes possibles; • Orientation en ressources d'accueil en raison d'une perte d'autonomie et de non-satisfaction de besoins essentiels; • Démarches pour la mise en place de mesures dans le cadre des législations concernées: signalement et collaboration avec le D.P.J. en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse; référence à un régime de protection selon la Curatelle publique, la Loi sur la protection du malade mental, la Commission des droits de la personne, etc.

Victor Bilodeau, t.s. - DSP - CSSCQ - 92.06.18

Cette section est une adaptation d'un tableau paru dans Le GIS INTERVENTION EN ETABLISSEMENT DE SANTÉ, 20.07.91, p.146.

**FONCTIONS DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES
EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

FONCTIONS	INTERVENTIONS
5° Accès aux ressources de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Référence aux ressources de la communauté et coordination entre celles-ci et les systèmes concernés: individu, famille, centre hospitalier, etc.; • Adaptation des ressources aux besoins des bénéficiaires; • Informations sur les lois, mandats et fonctionnement des divers établissements, organismes.
6° Développement des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Implication dans la mise sur pied et le suivi de ressources ou de projets spécifiques à l'intention des bénéficiaires.
7° Consultation (personne-ressource)	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise au sein de l'équipe multidisciplinaire: opinion professionnelle ou informations permettant de mieux cerner les composantes psychosociales et les moyens d'améliorer la situation. • Séances d'informations ou information ponctuelle aux collaborateurs.
8° Développement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux activités: <ul style="list-style-type: none"> • de formation et de perfectionnement • d'encadrement professionnel: supervision, consultation, regroupements régionaux, comités de pratique • de la corporation professionnelle ou de l'association, etc.; • Lectures; • Consultation du personnel médical.
9° Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision des étudiants en service social.
10° Administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à des réunions de services pour des fins d'informations administratives, de coordination de services, de consultation, etc.; • Application des politiques et procédures; • Gestion de charge de cas et de dossiers.

NOMENCLATURE DES FONCTIONS EXERCÉES
AU SEIN DU PROGRAMME

9

**NOMENCLATURE DES FONCTIONS
EXERCÉES AU SEIN DU PROGRAMME¹**

FONCTIONS	INTERVENTIONS USUELLES
1. Accueil, information et référence	<p>Information et référence sur les ressources et les services et en faciliter l'accès aux usagers.</p> <p>Information et référence aux diverses mesures sociales favorisant le maintien dans le milieu naturel et le désengorgement des urgences.</p>
2. Clinique	<p>Intervention individuelle, conjugale ou familiale.</p> <p>Évaluation et intervention psychosociale sur les conditions environnementales.</p> <p>Mobilisation des ressources individuelles, familiales et sociales.</p> <p>Soutien psycho-éducatif aux familles.</p> <p>Réinsertion sociale et support à l'intégration à un nouveau milieu de vie.</p> <p>Évaluation d'orientation et d'admission en milieu de vie intermédiaire ou institutionnel.</p> <p>Intervention psychosociale auprès des clientèles en santé mentale hébergées en ressources intermédiaires.</p> <p>Expertise et recours aux différents mécanismes visant à assurer la protection des usagers plus vulnérables ou devenus inaptes.</p> <p>Intervention psychosociale spécialisée dans certaines situations de protection de la jeunesse.</p>
3. Consultation	<p>Expertise visant à apporter un éclairage psychosocial ou social aux autres professionnels de la santé.</p>

¹ Tiré de CSS RICHELIEU, Standards et normes du programme des services sociaux en milieu hospitalier, p. 31.

FONCTIONS	INTERVENTIONS USUELLES
4. Communautaire	Liaison entre le centre hospitalier et les autres ressources de la communauté en complémentarité de services aux usagers. Collaboration au développement de nouveaux services et ressources.
5. Prévention	Intervention psychosociale sur les facteurs individuels et environnementaux des problèmes de santé. Dépistage, sensibilisation des milieux hospitaliers et référence vers les ressources appropriées des clientèles vulnérables.
6. Vigilance	Vigilance quant aux conditions psychosociales d'hospitalisation. Vigilance quant au respect des droits des usagers.
7. Enseignement	Supervision des étudiants en service social. Collaboration à la formation dispensée dans les CH visant une approche globale de la personne.
8. Recherche	Contribution aux différentes recherches du milieu visant une approche globale de la personne et de la maladie.

PROCÉDURE DE PLACEMENT PAR LE CPEJ

**CENTRE DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE
DE LA MONTEREGIE**

**Procédure concernant la prise en charge par le C.P.E.J.
de la situation d'enfants qui requièrent
un placement ou un suivi en famille d'accueil,
à la demande d'autres établissements
du réseau**

**Procédure entérinée par le Comité de régie du C.P.E.J.
le 11 mai 1993**

Le 13 mai 1993

N/Réf.: 27-03 01 02

1. DEMANDES DE PLACEMENT D'ENFANTS REFERES PAR LES C.L.S.C.

1.1 Placement "régulier"

Toutes les demandes de placement d'enfants (chap. 42) à l'exception des enfants présentant une déficience intellectuelle sont admissibles aux comités de placement du C.P.E.J. Si le Comité approuve l'orientation de l'enfant dans une famille d'accueil, le C.P.E.J.M. assurera la prise en charge du dossier de l'enfant et de ses parents.

1.2 Placement de dépannage

Se référer à la politique adoptée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, le 25 mars 1993 (annexée).

1.3 Placement d'enfants présentant une déficience intellectuelle

Les demandes de placement en familles d'accueil doivent être acheminées à:

Pour la sous-région de Longueuil: Anne-LeSeigneur

Monsieur Denis Laplante
1010, de Sérigny, Longueuil
Tél: 651-1700

**Pour les sous-régions Granby/Cowansville,
Saint-Hyacinthe/Beloeil, Sorel:**

Monsieur Guy Gagnon
2800, rue Morin, Saint-Hyacinthe
Tél: 773-8411

Pour la sous-région Saint-Jean:

Monsieur Daniel Viens
145, boul. Saint-Joseph, Saint-Jean
Tél: 359-7525

Pour les sous-régions Valleyfield, Châteauguay:

Monsieur Rosaire Breton
41, Chemin Larocque, Valleyfield
Tél: 373-4770

2. DEMANDES DE PLACEMENT D'ENFANTS REFERES PAR LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DUREE

Toutes les demandes de placement d'enfants (chap.42) à l'exception des enfants présentant une déficience intellectuelle sont admissibles aux comités de placement. Si le Comité approuve l'orientation de l'enfant dans une famille d'accueil, le C.P.E.J.M. procédera au jumelage de l'enfant avec une famille d'accueil susceptible de l'héberger. L'intervenant(e) social(e) du centre hospitalier est responsable d'assurer le suivi de l'enfant placé en famille d'accueil tant que l'enfant et son ou ses parents sont des bénéficiaires du centre hospitalier. Dans ces situations, le C.P.E.J. agit uniquement comme responsable des ressources qu'il met à la disposition des centres hospitaliers pour héberger ses clientèles.

Si l'enfant ou le parent ne requiert plus de services du centre hospitalier et que selon le plan d'intervention, le placement de l'enfant doit être maintenu, l'intervenant(e) social(e) du centre hospitalier soumettra une demande de transfert de prise en charge des dossiers au C.P.E.J.M., dans la sous-région concernée, via les chefs de bureau.

Si en cours de placement et suite à un signalement, l'enfant doit être suivi en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, c'est le protocole de collaboration entre le D.P.J. et les centres hospitaliers de la Montérégie qui s'applique (voir annexe). Une rencontre entre les deux intervenant(e)s (C.P.E.J. et C.H.S.C.D.) permettra d'établir le PSI le cas échéant si l'enfant ou le parent continue à bénéficier des services du centre hospitalier.

3. DEMANDES DE PLACEMENT DE LA MERE ET DE SON ENFANT

Il peut arriver que le placement de la mère et de son enfant en famille d'accueil soit requis pour favoriser chez la mère, l'apprentissage des soins à donner à l'enfant et l'acquisition de méthodes éducatives. Le suivi dans pareil cas appartient au C.P.E.J. et le financement du placement de la mère est assuré à même le Fonds des enfants.

.../

4. DEMANDES DE PLACEMENT POUR UN ENFANT AYANT UN HANDICAP VISUEL
(sans déficience intellectuelle)

4.1 Si la demande émane d'un C.L.S.C. ou d'un C.H.S.C.D

Suite au traitement de la demande, si le placement est justifié, le président ou la présidente du comité de placement invite l'intervenant(e) du C.L.S.C. ou du C.H.S.C.D. à demander le transfert de prise en charge pour le suivi de l'enfant à l'Institut Nazareth Louis-Braille. Le jumelage pour assurer le placement devrait s'effectuer entre l'intervenant(e) R.N.I. du C.P.E.J. et l'intervenant(e) de l'Institut une fois le transfert effectué.

4.2 Si la demande émane de l'Institut Nazareth Louis-Braille

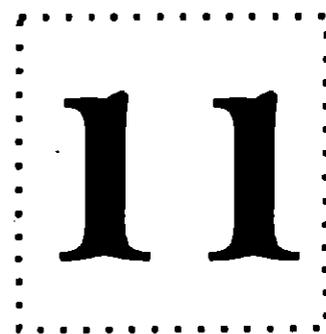
L'intervenant(e) qui s'adresse au C.P.E.J. pour demander un placement en famille d'accueil maintient son implication pour le suivi psychosocial de l'enfant, une fois la demande acceptée. Le C.P.E.J. n'assume alors que son mandat à l'égard de la ressource.

5. DEMANDES DE PLACEMENT POUR UN ENFANT AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE
AUTRE QUE VISUEL

C'est le C.P.E.J. qui assume la prise en charge des enfants ayant des handicaps physiques autres que visuels. Si l'enfant présente une déficience intellectuelle et a des handicaps physiques, la demande de placement est acheminée au centre de réadaptation pour personne présentant une déficience intellectuelle.

Le 13 mai 1993

RÈGLEMENT SUR LA TENUE DES DOSSIERS
ET DES CABINETS DE CONSULTATION



Règlements

Gouvernement du Québec

Décret 929-88, 15 juin 1988

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Travailleurs sociaux
— Tenue des dossiers et des cabinets de
consultation

CONCERNANT le Règlement sur la tenue des dossiers
et des cabinets de consultation des travailleurs so-
ciaux

ATTENDU QU'en vertu des paragraphes c et d de
l'article 94 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26),
le Bureau de la Corporation professionnelle des travail-
leurs sociaux du Québec peut, par règlement, fixer des
normes relatives à la tenue de dossiers, livres et re-
gistres par un professionnel dans l'exercice de sa pro-
fession et fixer des normes sur la tenue par les profes-
sionnels de leurs cabinets de consultation et de leurs
autres bureaux;

ATTENDU QUE ce Bureau a adopté, en vertu de cet
article, un Règlement sur la tenue des dossiers et des
cabinets de consultation des travailleurs sociaux;

ATTENDU QUE, conformément aux articles 10 et 11
de la Loi sur les règlements (L.R.Q., c. R-18.1), le
texte du règlement en annexe au présent décret a été
publié à la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec*
du 17 décembre 1986 avec avis qu'il pourrait être
soumis pour approbation du gouvernement à l'expira-
tion d'un délai de 45 jours à compter de cette publica-
tion;

ATTENDU QUE, conformément au deuxième alinéa de
l'article 12 du Code des professions, l'Office des pro-
fessions du Québec a formulé ses recommandations;

ATTENDU QU'il y a lieu d'approuver ce règlement
avec modification;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recomman-
dation du ministre responsable de l'application des lois
professionnelles:

Que le règlement en annexe au présent décret soit
approuvé.

Le greffier du Conseil exécutif,
BENOÎT MORIN

Règlement sur la tenue des dossiers et
des cabinets de consultation des
travailleurs sociaux

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. c et d)

SECTION I TENUE DES DOSSIERS

1. Le travailleur social inscrit au tableau de la Corpo-
ration professionnelle des travailleurs sociaux du Qué-
bec doit tenir un dossier pour chaque client. Il doit
conserver ce dossier à l'endroit où il exerce sa profes-
sion.
2. Le travailleur social peut utiliser l'informatique ou
toute autre technique comme moyen additionnel pour la
tenue de ses dossiers pourvu que la confidentialité des
renseignements qui y sont contenus soit assurée.
3. Le travailleur social doit inscrire dans le dossier
d'un client les renseignements suivants:
 - 1° la date d'ouverture du dossier;
 - 2° lorsque le client est une personne physique, ses
nom et prénoms à la naissance, son sexe, sa date de
naissance, son adresse et son numéro de téléphone;
 - 3° lorsque le client est une société ou une personne
morale, sa raison sociale, l'adresse de son établisse-
ment, son numéro de téléphone, de même que les nom
et prénoms d'un représentant, son adresse, son numéro
de téléphone et le titre de sa fonction;

également une copie du Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 186).

Il doit inscrire sur chaque règlement l'adresse de la Corporation.

17. Le travailleur social qui s'absente de son cabinet de consultation pour plus de cinq jours ouvrables consécutifs doit prendre les mesures nécessaires pour informer les personnes qui tentent de le rejoindre de la durée de cette absence et de la procédure à suivre en cas d'urgence.

18. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

9945

4° une description sommaire des motifs de la consultation et un résumé de l'évaluation et des moyens d'intervention envisagés par le travailleur social;

5° une description des services professionnels rendus et leur date;

6° une synthèse des résultats obtenus et, le cas échéant, les recommandations faites au client;

7° les annotations, la correspondance et les autres documents relatifs aux services professionnels rendus;

8° les rapports d'autres professionnels obtenus avec l'autorisation du client;

9° l'identification du travailleur social sur les notes et rapports qu'il a rédigés et inclus au dossier.

4. Le travailleur social doit tenir à jour chaque dossier jusqu'au moment où il cesse de rendre des services professionnels au client concerné par ce dossier.

5. Le travailleur social doit conserver ses dossiers dans un local ou un meuble auquel le public n'a pas librement accès et pouvant être fermé à clef ou autrement.

6. Le travailleur social doit conserver chaque dossier au moins cinq ans à compter de la date du dernier service professionnel rendu.

À l'expiration de ce délai, il peut procéder à l'élimination d'un dossier en s'assurant de la confidentialité des renseignements qui y sont contenus.

7. Dans le cas où un client retire un document de son dossier ou demande au travailleur social de transmettre à une tierce personne des renseignements contenus au dossier, le travailleur social doit insérer dans ce dossier une note en ce sens, signée par le client et datée.

8. Lorsqu'un travailleur social exerce dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5), le dossier du bénéficiaire au sens de cette loi et de ses règlements est considéré, aux fins du présent règlement, comme le dossier de ce travailleur social s'il peut y inscrire ou y faire inscrire, sous forme de rapport ou autrement, les renseignements mentionnés à l'article 3; dans un tel cas, le travailleur social n'est pas tenu de se conformer aux articles 6 et 7 de la présente convention.

Le travailleur social doit signer ou parapher toute inscription qu'il introduit dans le dossier.

9. Lorsqu'un travailleur social est membre ou à l'emploi d'une société ou lorsqu'il est à l'emploi d'une

personne physique ou morale, il peut, s'il le juge à propos, inclure dans les dossiers de cette société ou de cet employeur tout ou partie des éléments ou renseignements mentionnés à l'article 3 relativement aux clients à qui il dispense ses services. Si ces éléments ou renseignements ne sont pas ainsi inclus dans les dossiers de cette société ou de cet employeur, il doit tenir un dossier pour chacun de ses clients.

Le travailleur social doit signer ou parapher toute inscription ou tout rapport qu'il introduit dans un dossier de cette société ou de cet employeur.

10. Le travailleur social visé aux articles 8 et 9 peut conserver copie de toute inscription ou de tout rapport qu'il a inclus dans un dossier de l'établissement, de la société ou de son employeur en s'assurant de la confidentialité des renseignements qui y sont contenus.

SECTION II TENUE DES CABINETS DE CONSULTATION

11. Le cabinet de consultation du travailleur social doit être aménagé de façon à ce que l'identité et les conversations des personnes qui s'y trouvent ne puissent être perçues de l'extérieur de ce cabinet.

Le cabinet de consultation ne comprend pas la salle d'attente, ni la salle de travail du travailleur social ou celle de ses employés.

Le travailleur social qui exerce dans un établissement doit effectuer ses consultations dans un cabinet conforme au présent règlement.

12. On doit prévoir près du cabinet de consultation du travailleur social une salle d'attente pour ses clients.

13. Le travailleur social qui n'exerce pas à son propre compte ou qui n'est pas associé doit, après en avoir informé son employeur, aviser la Corporation si l'aménagement de son cabinet de consultation ou de sa salle d'attente n'est pas conforme aux articles 11 et 12.

14. Le travailleur social doit afficher son permis à la vue du public.

15. Le travailleur social ne peut afficher dans son cabinet de consultation et dans sa salle d'attente que les diplômes qui se rapportent à l'exercice de sa profession.

16. Le travailleur social doit exposer dans sa salle d'attente une copie du Code de déontologie des travailleurs sociaux (R.R.Q., 1981, c. C-26, r. 180). Dans le cas où il perçoit des honoraires, il doit y exposer

PROTCOLE DE COLLABORATION
DPJ - CH MONTÉRÉGIE

CENTRE DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

**Protocole de collaboration
entre
le**

**Directeur de la protection
de la jeunesse
du**

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CSSR)

et

Les centres hospitaliers de la Montérégie

**dans le cadre de l'application de la loi
sur la protection de la jeunesse**

PROTOCOLE DE COLLABORATION

ENTRE LE

DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
DU CENTRE DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE (CSSR)

ET

LE CENTRE HOSPITALIER

(nom de l'établissement)

DANS LE CADRE DE L'APPLICATION
DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

INTRODUCTION

L'usager au centre des préoccupations des intervenants des services de santé et des services sociaux, c'est l'objectif premier de la réforme qui est en cours. Cet usager, aux termes de la Loi sur la protection de la jeunesse, c'est l'enfant ou l'adolescent ainsi que ses parents, qui doivent être au coeur des interventions que la société québécoise, par ses institutions diverses (C.H., C.P.E.J., C.R.P.D.I., justice, police, école, etc.), a voulu lui rendre accessibles lorsque sa sécurité et son développement sont en cause.

Le protocole ci-joint s'inscrit dans cette perspective et veut mettre à profit l'expertise des ressources du milieu au service des jeunes et de leur famille aux prises avec des difficultés sérieuses, le plus souvent temporaires, dans leur environnement immédiat. Il vient concrétiser le message que "la protection de l'enfance, c'est l'affaire de tous". Il se situe de plus dans la même trajectoire de collaboration qui existe depuis plusieurs années avec les services sociaux en milieu hospitalier de la Montérégie.

Il s'agit bien sûr d'un instrument qui vient guider les intervenants dans leurs actions auprès de ces usagers qui, nous l'espérons, sera d'une grande utilité.

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Le Directeur de la protection de la jeunesse est responsable de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Il oeuvre en collaboration et de concert avec les personnes, organismes et établissements du réseau.

Dans une perspective globale, les établissements du réseau qui interviennent auprès des enfants et de leurs parents contribuent déjà aux objectifs de la Loi sur la protection de la jeunesse en développant des interventions préventives ou même curatives qui permettent d'éviter des situations donnant lieu à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Partant de ces considérations et compte tenu de l'importance de la continuité et de la cohérence des services à dispenser à l'enfant et à sa famille, voici quelques principes qui guideront les modalités de collaboration et le partage des responsabilités entre la Direction de la protection de la jeunesse et les intervenants psychosociaux des centres hospitaliers de la Montérégie. Ces modalités veulent être souples et s'adapter facilement aux situations des professionnels et des établissements, dans le respect des missions et responsabilités spécifiques de chaque établissement.

LES PRINCIPES

1. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements intervenant auprès des enfants et de leurs parents ont une mission propre qui les amène à dispenser des services par lesquels ils peuvent prévenir les situations visées par la Loi sur la protection de la jeunesse.
2. La protection des enfants au sens large doit être une préoccupation constante et guider les interventions. En vertu de l'article 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse, le Directeur de la protection de la jeunesse peut autoriser une personne à exercer certaines de ses responsabilités, sauf celles énumérées à l'article 32 qui relèvent exclusivement de son autorité.
3. La collaboration et la concertation entre ces établissements et la Direction de la protection de la jeunesse sont essentielles à l'atteinte des objectifs visés tant par la Loi sur les services de santé et les services sociaux que la Loi sur la protection de la jeunesse.

4. La collaboration, pour être efficace, doit s'appuyer sur la mission spécifique des établissements, sur les caractéristiques de leurs clientèles et sur les compétences spécifiques des intervenants.
5. La collaboration doit viser une complémentarité des interventions et des services qui répondent à des critères:
 - d'adéquacité des interventions par le recours à des intervenants appropriés en tenant compte de:
 - . l'expérience et du savoir nécessaire;
 - . la relation significative pour l'enfant et ses parents;
 - . l'assurance d'une stabilité et d'une disponibilité nécessaires à l'enfant, à ses parents et aux autres intervenants;
 - . la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire;
 - . la possibilité d'un support et d'un encadrement;
 - d'accessibilité: proximité des services, rapidité d'exécution, disponibilité de services et des intervenants;
 - de continuité: la continuité des interventions et des intervenants doit être une préoccupation constante et doit être favorisée le plus possible dans un esprit de concertation.
 - de cohérence: la cohérence se fonde sur une préoccupation commune des besoins de l'enfant et de ses parents, sur des objectifs et des moyens précis et sur une coordination des divers services et des intervenants mis à contribution.

LES ASSISES DE LA COLLABORATION EN MATIÈRE DE PROTECTION AVEC LES CENTRES HOSPITALIERS DE LA MONTEREGIE DANS LES CAS CONNUS

Le présent protocole vise une bonne articulation de l'intervention dans les cas dont la situation d'un enfant est signalée au DPJ et dont le cas est connu d'un intervenant social oeuvrant dans un milieu hospitalier.

1- Définition des cas connus

Par cas "connus", nous entendons ici toute situation d'enfant signalée au DPJ où l'enfant, un parent ou les deux, sont bénéficiaires de services psychosociaux d'un centre hospitalier ou l'ont été depuis moins de trois mois.

2- Le respect des obligations conférées par la LPJ aux professionnels et aux établissements

Les centres hospitaliers respectent les obligations qui leur sont créées par les dispositions de la LPJ soit:

- l'obligation de signaler quand il y a motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis
- le respect des droits reconnus par la Loi sur la protection de la jeunesse aux enfants et à leurs parents

3- Le respect des obligations exclusives au DPJ

Le DPJ et les membres de son personnel assument les responsabilités qui leur sont reconnues exclusives par la LPJ soit de:

- déterminer la recevabilité du signalement;
- décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis;
- décider de l'orientation d'un enfant;
- réviser la situation de l'enfant;
- décider de fermer le dossier;
- exercer la tutelle conférée par la Cour Supérieure.
- recevoir les consentements généraux requis pour l'adoption;
- demander au tribunal de déclarer un enfant judiciairement adoptable.

Tout au long du processus d'intervention, le Directeur de la protection de la jeunesse doit s'assurer que son intervention est justifiée. La Loi sur la protection de la jeunesse donne en effet le pouvoir au DPJ d'intervenir d'autorité dans la vie privée des gens, sans leur autorisation, s'il y a un motif de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant peut être compromis uniquement au sens de l'article 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse.

4. Responsabilités partagées à l'étape évaluation orientation

Le DPJ et les membres de son personnel assument les interventions spécifiques qui requièrent une préparation ou une formation particulière ou qui comportent des activités planifiées et spécialisées telles que:

- la prestation de services continus pour la réception et le traitement des signalements (24 heures - 7 jours);
- l'évaluation d'une situation suite à un signalement;
- l'application de mesures d'urgence;
- l'orientation.

En parallèle, différentes instances des CH peuvent être mises à contribution de manière à:

- fournir de l'information sur la situation de l'enfant faisant l'objet d'une intervention de protection;
- fournir une opinion professionnelle sur la situation de l'enfant;
- intervenir dans le cadre des services psychosociaux auprès de l'enfant, de ses parents et de sa famille en complémentarité avec l'intervention de protection.

5. Responsabilités partagées à l'étape de l'application des mesures

Les CH par l'entremise des intervenants psychosociaux s'engagent à collaborer à l'application des mesures de protection dans le cadre de l'élaboration d'un PSI (plan de service individualisé). D'une façon générale, l'intervenant en protection de la jeunesse du CPEJ est la personne autorisée à appliquer les mesures et le coordonnateur du PSI.

Dans des situations exceptionnelles et pour des raisons cliniques, les intervenants psychosociaux du CH pourraient assumer comme telle l'intervention de protection dans le cadre d'une autorisation du DPJ en vertu de l'article 33 de la LPJ, après entente entre supérieurs immédiats des services concernés.

**LE PARTAGE DES RESPONSABILITES A CHACUNE DES ETAPES
DU PROCESSUS DE L'APPLICATION DE LA
LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

1. L'ETAPE RECEPTION ET TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS (RTS)

1.1 Définition

Le traitement du signalement implique des activités professionnelles d'analyse qui permettent à l'intervenant RTS des services de protection, de poser un jugement professionnel en vue d'une prise de décision:

- quant à la concordance de la situation signalée avec l'article 38 et 38.1 de la LPJ;
- quant à la potentialité de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant (de 0 à 18 ans);
- quant au degré d'urgence à intervenir dans la situation.

Pour que la décision de retenir le signalement soit prise, l'intervenant doit avoir la présomption que la sécurité ou le développement de l'enfant peut être compromis en vertu de l'article 38 et 38.1 et la décision doit s'appuyer sur les faits, sur la vulnérabilité de l'enfant et sur la capacité des parents ou du milieu à le protéger.

L'objectif de cette étape est donc de décider de retenir ou pas le signalement pour faire une évaluation plus poussée de la situation de danger qui semble prévaloir.

1.2 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE RECEPTION ET TRAITEMENT D'UN SIGNALEMENT

A- Signalement d'une situation par une personne autre qu'un intervenant provenant d'un Centre hospitalier dans une situation déjà connue*

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
1.2.1 RECEPTION ET TRAITEMENT D'UN SIGNALEMENT DANS UN CAS DEJA CONNU DES SERVICES SOCIAUX D'UN CH	
<p>Lorsque l'intervenant RTS a l'information à l'effet que le signalement reçu concerne un cas connu d'un C.H., il communique avec l'intervenant du C.H. pour recueillir l'information concernant la situation de l'enfant signalé.</p> <p>Il traite alors le signalement à partir des informations reçues du signalant, de l'intervenant du C.H. et de celles recueillies auprès de toute autre personne qu'il a contacté pour l'éclairer sur la situation signalée.</p> <p>Le signalement est retenu ou non pour évaluation.</p>	<p>L'intervenant d'un C.H. qui est déjà impliqué dans une situation d'enfant faisant l'objet d'un signalement, transmet sur demande à l'intervenant RTS, toute l'information pertinente qui permettra à ce dernier de traiter le signalement. A cause de ses connaissances psychosociales et de son rôle, l'intervenant psychosocial doit s'attendre à être questionné en conséquence par l'intervenant RTS qui doit décider de la légitimité de l'intervention PJ.</p>
1.2.2 SIGNALEMENT NON RETENU POUR EVALUATION DANS UN CAS DEJA CONNU D'UN C.H.	
<p>L'intervenant RTS communique à l'intervenant du C.H., la décision de ne pas retenir le signalement et lui explique les motifs de la décision.</p>	<p>L'intervenant du C.H. continue son intervention et peut, s'il le juge approprié, rediscuter avec ses bénéficiaires de leur besoin de services.</p>
1.2.3 SIGNALEMENT RETENU POUR EVALUATION DANS UN CAS DEJA CONNU DU C.H.	
<p>L'intervenant RTS communique à l'intervenant du C.H. la décision de retenir le signalement pour évaluation, lui explique les motifs de la décision et l'invite également à collaborer avec l'intervenant PJ qui sera mandaté pour faire l'évaluation de la situation.</p>	<p>L'intervenant du C.H. continue son intervention; l'intervenant PJ responsable de l'évaluation entrera en communication avec lui dans les plus brefs délais.</p> <p>Si à sa connaissance la situation se détériore avant que l'intervenant à l'évaluation l'ait contacté, il peut communiquer directement avec le chef de service à l'évaluation au point de service concerné pour l'en informer.</p>

*La mention C.H. dans le texte indique un "Centre hospitalier" et réfère à des situations connues des services sociaux en C.H. ou aux intervenants sociaux du milieu hospitalier.

1.2 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE RECEPTION ET TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS

B- Signalement d'une situation par un intervenant provenant d'un C.H. dans un cas déjà connu de leurs services

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
<p><u>1.2.1 SIGNALEMENT D'UNE SITUATION PAR UN INTERVENANT DU C.H. DANS UNE SITUATION CONNUE DE LEURS SERVICES</u></p>	
	<p>L'intervenant ou tout professionnel d'un C.H. qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens de l'article 38 de la LPJ est tenu de signaler la situation du DPJ au numéro: 1-800-361-5310.</p>
<p><u>1.2.2 RECEPTION ET TRAITEMENT D'UN SIGNALEMENT PROVENANT D'UN C.H. DANS UN CAS DEJA CONNU DE LEURS SERVICES</u></p>	
<p>L'intervenant RTS qui reçoit le signalement le traite à partir des informations recueillies auprès de l'intervenant du C.H. et de celles provenant de toute autre personne qu'il a contacté pour l'éclairer sur la situation signalée.</p> <p>Le signalement est retenu ou non pour évaluation.</p>	<p>L'intervenant du C.H. transmet toute l'information pertinente en sa possession à l'intervenant RTS qui traite le signalement.</p> <p>A cause de ses connaissances psychosociales et de son rôle, l'intervenant doit s'attendre à être questionné par l'intervenant RTS qui doit décider d'intervenir dans la vie privée des gens.</p>
<p><u>1.2.3 SIGNALEMENT NON RETENU POUR EVALUATION</u></p>	
<p>L'intervenant RTS communique à l'intervenant du C.H. la décision de ne pas retenir le signalement et lui explique les motifs de la décision. Il classe le dossier.</p>	<p>L'intervenant du C.H. continue son intervention et révisé son plan d'intervention si nécessaire.</p> <div data-bbox="506 1036 1751 1159" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Si l'intervenant d'un C.H. qui a fait un signalement est en désaccord avec la décision de ne pas retenir le signalement, il en informe son supérieur immédiat. Ce dernier contactera le chef de service RTS pour clarifier la situation et déterminer ensemble s'il y a lieu de tenir une discussion de cas.</p></div>
<p><u>1.2.4 SIGNALEMENT RETENU POUR UNE EVALUATION</u></p>	
<p>L'intervenant RTS communique à l'intervenant du C.H. la décision de retenir le signalement pour qu'une évaluation de la situation soit faite et l'invite à collaborer avec l'intervenant PJ qui sera mandaté pour faire l'évaluation de la situation.</p>	<p>L'intervenant du C.H. continue son intervention. Un intervenant PJ à l'évaluation entrera en communication avec lui dans les plus brefs délais.</p> <p>Si à sa connaissance, la situation se détériore avant que l'intervenant à l'évaluation l'ait contacté, il peut communiquer avec le chef de service à l'évaluation, au point de service concerné pour l'en informer.</p>

2. ETAPE EVALUATION

2.1 Définition

L'évaluation dans le cadre de l'intervention en protection de la jeunesse est un processus professionnel dynamique qui, à partir d'un signalement retenu, comporte:

- la vérification des faits signalés
- l'analyse de la situation de cet enfant en fonction de sa vulnérabilité, de la capacité de ses parents et de celles de son milieu, en vue d'une prise de décision quant à la compromission ou non de la sécurité ou du développement, ou des deux, de l'enfant au sens des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Globalement, l'évaluateur doit statuer sur la matérialité des faits, déterminer la vulnérabilité de l'enfant en fonction de son âge et de son état physique et mental, déterminer les capacités parentales et celles du milieu d'être support et ressource pour l'enfant et ses parents. Cette étape doit se réaliser dans un délai maximum de onze jours et se terminer par la décision sur la compromission ou non de la sécurité ou du développement de l'enfant.

2.1 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE EVALUATION

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
<u>2.2.1 EVALUATION DE LA SITUATION</u>	
<p>L'intervenant à l'évaluation prend contact avec l'intervenant du C.H. qui connaît le dossier.</p> <ul style="list-style-type: none">- il recueille toute l'information pertinente auprès de ce professionnel qui est impliqué dans la situation;- il fait part du moment où il entrera en contact avec les bénéficiaires. <p>Il convient avec l'intervenant du C.H. d'un plan d'action conjoint précisant:</p> <ul style="list-style-type: none">- les activités à faire par l'intervenant du C.H. pour poursuivre son intervention ou collaborer à l'évaluation;- les interventions qu'il doit faire;- les interventions à éviter de part et d'autre. <p>Dans tous les cas, l'intervenant du CPEJ se doit de rencontrer l'enfant et ses parents dans le cadre de l'évaluation de la situation signalée pour confirmer ou infirmer les faits rapportés.</p> <p>Quand l'évaluation de la situation est terminée, la décision sur la compromission de la sécurité ou le développement de l'enfant au sens des articles 38 et 38.1 est prise.</p>	<p>L'intervenant du C.H. fournit toute l'information pertinente en sa possession à l'intervenant PJ qui fait l'évaluation de la situation.</p> <p>Au besoin, il peut aussi remettre les rapports en sa possession qui permettront de préciser la situation et faciliteront la prise de décision quant à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant.</p> <p>Dans le cadre de son mandat, il poursuivra l'intervention convenue au préalable avec les bénéficiaires et pourra réaliser certaines interventions complémentaires. Dans cette éventualité, l'intervenant du C.H. et l'évaluateur devront convenir d'une stratégie commune d'intervention.</p> <p>L'intervenant du C.H. sera appelé à partager son opinion quant à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant avec l'intervenant PJ.</p>
<u>2.2.2 DECISION DE NON COMPROMISSION</u>	
<p>L'intervenant PJ informe l'intervenant du C.H. que la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas considéré compromis en vertu de l'article 38 de la LPJ et lui explique les motifs de la décision.</p> <p>Il ferme par la suite son dossier.</p>	<p>L'intervenant du C.H. continue son intervention dans le cadre de ses fonctions.</p>

2.1 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE EVALUATION (SUITE)

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
2.2.3 DECISION DE COMPROMISSION	
<p>L'intervenant PJ informe l'intervenant du C.H. que la sécurité ou le développement de l'enfant est considéré compromis, révisé avec lui la stratégie commune d'intervention s'il y a lieu, lui explique les activités de l'étape orientation et l'invite à y participer.</p>	<p>A moins de contre-indications cliniques, l'intervenant du C.H. continue son intervention selon les stratégies qu'il a établi avec l'intervenant PJ, compte tenu des besoins des bénéficiaires et de leur motivation.</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p>Dans certains cas, pour des raisons cliniques justifiées et exceptionnelles, le DPJ pourrait, après entente avec le supérieur immédiat, autoriser un intervenant d'un C.H. à procéder à l'évaluation d'une situation. Cette autorisation devrait alors être donnée par écrit. Une personne ressource du CPEJ devrait être attitrée pour guider la démarche et prendre la décision sur la compromission ou non de la situation.</p></div>	

3. ETAPE ORIENTATION

3.1 Définition:

L'orientation dans le cadre de l'intervention en protection de la jeunesse s'inscrit dans la suite de l'étape évaluation. Cette étape prépare celle de la prise en charge et vise, à partir de l'ensemble des données recueillies, à :

- préciser le diagnostic;
- explorer les mesures applicables;
- décider du choix du régime de protection (entente sur base volontaire ou judiciarisation) et des mesures;
- évaluer la nécessité de faire un PSI et identifier le coordonnateur;
- élaborer le plan de services conjointement avec le coordonnateur en impliquant les parents et l'enfant, dans la mesure du possible.

L'étape orientation se divise en deux phases:

- une première où l'évaluateur précise le diagnostic et explore les moyens applicables (le régime et les mesures);
- une deuxième où avec le coordonnateur du plan de services, on procède au choix du régime et des mesures et où s'élabore le plan de services.

3.2 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE ORIENTATION

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
3.2.1 FINALISATION DE L'EVALUATION	
<p>L'intervenant PJ poursuit son évaluation auprès des bénéficiaires pour:</p> <ul style="list-style-type: none">- préciser son diagnostic;- explorer les mesures applicables;- évaluer la pertinence de faire un plan de services individualisé.	<p>L'intervenant du C.H. collabore s'il y a lieu, à la finalisation de l'évaluation selon l'entente prise avec l'intervenant PJ. Il discute avec l'intervenant PJ de la pertinence de faire un PSI et prend en considération la possibilité de s'impliquer.</p>
3.2.2 DECISION QUANT AU CHOIX DU REGIME ET DES MESURES	
<p>L'intervenant PJ présente la situation aux participants de la table d'orientation et fait ses recommandations, quant au régime sous lequel la protection doit être assurée à l'enfant (soit une entente sur mesures volontaires ou une judiciarisation de la situation) et quant aux mesures à mettre en place pour corriger la situation.</p> <p>Les parents et l'enfant selon son âge peuvent être invités à participer à la table d'orientation et à s'impliquer dans l'identification des problèmes et dans la recherche de solutions.</p> <p>Lorsqu'un placement doit être envisagé, la table d'orientation tient lieu de comité de placement.</p> <p>C'est à cette table qu'on envisage la nécessité de faire un PSI et d'en identifier les dispensateurs qui pourraient assurer la gamme de services requis par la situation.</p>	<p>L'intervenant du C.H. participe aux discussions et aux décisions qui relèvent de la table d'orientation, s'il le juge approprié.</p>
3.2.3 CONCLUSION DE L'ORIENTATION, ENTENTE OU ORDONNANCE	
<p>Selon la situation, l'intervenant PJ fait les démarches pour présenter et conclure avec les parents et l'enfant, l'entente sur les mesures volontaires dans les délais requis ou procède à la judiciarisation de la situation avec le contentieux.</p> <p>L'intervenant PJ réfère la situation au service de prise en charge responsable de l'application des mesures. Il informe également l'intervenant du C.H. des suites à donner dans la situation.</p>	<p>L'intervenant du C.H. peut s'il est indiqué de le faire, participer à conclure l'entente sur les mesures volontaires avec les parents. Il peut également arriver que le témoignage d'un intervenant du C.H. soit requis lors d'une judiciarisation.</p> <p>L'intervenant du C.H. continue son intervention tel que convenu avec l'intervenant PJ jusqu'à ce qu'une entente soit prise pour la prise en charge.</p>

4. ETAPE DE L'APPLICATION DES MESURES

4.1 Définition:

L'étape de l'application des mesures fait référence au traitement de la situation. Elle s'inscrit dans la suite de l'étape orientation et comprend l'ensemble des interventions faites auprès des bénéficiaires, parents et enfants, de même que celles faites auprès de la famille plus élargie s'il y a lieu; elle suppose également les interventions faites dans le cadre d'une collaboration entre établissements ou de l'actualisation d'un PSI avec des dispensateurs de services pouvant s'impliquer dans la situation. Les interventions comportent des activités de surveillance, de contrôle et d'aide selon la gravité de la situation et la motivation des bénéficiaires à s'impliquer dans le traitement de leurs problèmes. L'intervention vise essentiellement à restaurer la situation de compromission dans les meilleurs délais, par les moyens convenus suite à une entente ou suite à une ordonnance du Tribunal.

Exceptionnellement, pour des raisons cliniques, l'intervenant d'un C.H. déjà impliqué dans la situation d'un enfant pourrait être appelé à assumer la responsabilité de l'application des mesures de protection. Dans ces cas, il doit en être personnellement autorisé par le DPJ; l'autorisation est alors nominale tant pour l'intervenant que pour les bénéficiaires.

Cette étape est aussi marquée par la révision statutaire de la situation qui engendre la fermeture du dossier uniquement lorsque la situation ne compromet plus la sécurité ou le développement de l'enfant et que les dangers de récidives ne sont pas évidents.

5. CONSERVATION ET DESTRUCTION DES INFORMATIONS CONSIGNEES SUR UN ENFANT EN VERTU DE LA LPJ

Conformément à l'article 37.4 de la LPJ, les informations consignées sur un enfant doivent être conservées pendant 5 ans à compter de la décision finale de fermeture ou jusqu'à ce que l'enfant ait atteint 18 ans, selon la période la plus courte.

Le délai de conservation atteint, ces informations sont alors détruites.

4.2 PARTAGE DES RESPONSABILITES A L'ETAPE DE L'APPLICATION DES MESURES

SERVICES PJ	SERVICES SOCIAUX EN C.H.
4.2.1 LE TRAITEMENT DE LA SITUATION ET L'APPLICATION DES MESURES	
<p>Un intervenant PJ est autorisé à prendre charge de la situation et à voir avec les parents et l'enfant à l'application des mesures retenues pour corriger la situation.</p> <p>Si un PSI n'a pas été élaboré à l'étape de l'orientation et s'avère pertinent, il voit à :</p> <ul style="list-style-type: none">- confirmer à l'intervenant C.H., la pertinence et la nécessité de faire un PSI;- obtenir la participation des collaborateurs à l'élaboration du PSI et des PI individuels;- coordonner les actions du PSI et le réviser selon les échéanciers. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>A moins d'indications contraires, le coordonnateur du PSI est l'intervenant PJ autorisé par le DPJ pour prendre charge de la situation.</p></div>	<p>L'intervenant du C.H. fait le point sur les besoins de services des bénéficiaires quant à son champ d'activités et dispense les services requis.</p> <p>Si un PSI est jugé pertinent:</p> <ul style="list-style-type: none">- il participe à l'élaboration du PSI et prépare son propre plan d'intervention;- il actualise son plan d'intervention tel que partagé dans l'élaboration du PSI. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>S'il est indiqué que ce soit l'intervenant du milieu hospitalier qui soit le coordonnateur du PSI, l'intervenant PJ assume l'intervention en protection à moins d'une entente particulière.</p></div>
4.2.2 LA REVISION DE LA SITUATION	
<p>Préparer la révision de la situation dans les délais prévus.</p>	

CONCLUSION

Le présent protocole a été fait dans un esprit de collaboration en vue de respecter les droits fondamentaux des bénéficiaires à recevoir des services les mieux adaptés à leur situation.

Il s'applique pour une durée d'un an et est renouvelable automatiquement, à moins qu'un changement législatif intervienne ou qu'une des parties en demande la révision.

Signé à: _____, ce _____ jour du mois de _____ 1993

Pour le CPEJ

Pour le centre hospitalier

G 15,477
Ex. 2

DEMCO



Centre affilié universitaire
Université de Sherbrooke

Hôpital Charles LeMoine
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1
Téléphone : (450) 466-5000