

Compte-rendu de l'entrevue réalisée le 29 mai 2017 avec Marie Blondin et Roger Prud'homme en vue de préparer le Colloque L'histoire des services à la jeunesse : tremplin vers le futur!

Organisé par l'Association du personnel retraité du Centre jeunesse de Montréal

en collaboration avec

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal

À partir d'expériences vécues, retracer l'histoire et l'évolution des services sociaux et de réadaptation pour l'enfance et la jeunesse montréalaise en difficulté et en tirer les principales leçons pour les orientations et les actions futures. La finalité de cet exercice est d'orienter les discussions lors d'un colloque qui aura lieu à la fin novembre 2017.

1. ÉVOLUTION DES SERVICES SOCIAUX

De 1962 à 2016, s'impose l'image d'un entonnoir dans lequel les services sociaux sont passés progressivement, à la suite des différentes législations, d'une vision communautaire à une vision individuelle, d'une approche collective à une approche individuelle, d'une vision sociale à une vision médicale qui influence la pratique. La réforme actuelle fut pensée par trois médecins, acteurs majeurs au gouvernement, dont le premier ministre et le ministre de la santé et des services sociaux.

Une vision médicale implique une ordonnance prescrite par le médecin, suite à un diagnostic, qui est exécutée par les autres travailleurs de la santé et des services sociaux. Réussir pour un médecin équivaut à sauver la vie à tout prix. L'intervention psychosociale mise sur les ressources de la personne, incluant celles de sa famille. On assiste à une perte de l'expertise des services sociaux.

La mission des services sociaux à l'intérieur de ce paradigme est encadrée par des programmes mis en place par les professions médicales. Il faut s'assurer que l'intervention s'appuie sur des paramètres définis par d'autres professions, dont celles du travail social et de la psychoéducation. De plus, il devient nécessaire de développer la recherche dans la pratique professionnelle, une recherche appliquée sur les bonnes pratiques dans la relation d'aide.

Les réformes engendrent sur le terrain une perte de sens dans les milieux de pratique ainsi qu'une perte d'initiatives de développement professionnel, non seulement une perte de sens, mais de ressources. Des projets qui étaient fructueux sont arrêtés et oubliés. On assiste à une rupture tribulaire à une table rase qui veut recommencer à zéro.

Entretien enregistré et rédigé par Guy Drudi. Juillet 2017.

Révisé par Marie Blondin. Août 2017. Révisé par Roger Prud'homme. Septembre 2017.

En référence au film *Docteur Knock* (1951), la médecine omniprésente transcende la vie sociale : l'application du modèle médical, fondé sur la prescription des services, crée un entonnoir qui engendre une structure organisationnelle fondée sur le rapport médecin-patient. Actuellement, la réalité dépasse cette fiction. On pourrait projeter un extrait de ce film au colloque, ce serait éloquent.

2. ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE SOCIALE

La réforme Castonguay-Nepveu fut influencée par le modèle des burroughs en Angleterre, instaurant une pratique sociale et médicale sectorisée géographiquement par quartiers, et qui amena à la création des CLSC. L'objectif était de regrouper les organismes et les services de santé et de services sociaux pour les rendre accessibles à toute la population répartie par territoires. On créa également des structures régionales pour s'assurer que la qualité des services était présente sur tous les territoires. De plus, la participation citoyenne était présente dans les conseils d'administration. Nous avons favorisé une communication tripartite entre la population desservie, les administrateurs et les professionnels des établissements de santé et de services sociaux.

Dans les CLSC, on voulait offrir des services médicaux et des services sociaux sur une base communautaire, d'où la création d'une pratique sociocommunautaire qui fut parfois contestée par les organisateurs communautaires qui refusaient d'intégrer une structure bureaucratique institutionnelle. En créant une pratique multidisciplinaire dans un milieu multi-professionnel, on craignait la perte de l'expertise communautaire et la réduction de l'espace occupé par la pratique sociale. En général, le social fut rarement priorisé au détriment du médical. Les réformes, surtout celle d'aujourd'hui, sont axées sur la santé.

3. EN QUOI LA RÉFORME 2015 DIFFÈRE-T-ELLE DE CELLE DE 1971?

La réforme actuelle réduit structurellement et professionnellement l'espace et l'expertise développée par les services sociaux. On installe une multidisciplinarité axée sur la santé et le médical.

Auparavant, nous avons connu plusieurs étapes de regroupement de services aux jeunes. Par exemple, le CSSMM a intégré le Service de placement des jeunes en familles d'accueil de la Ville de Montréal. Nous avons également intégré la SAPE qui avait un service juridique à l'intérieur des services sociaux et accru l'influence des services sociaux sur les services juridiques. Par la suite, il y a eu le Rapport Batshaw et les travaux préparatoires qui ont amené la Loi sur la Protection de la jeunesse.

On a souhaité un rapprochement avec les centres d'accueil, car auparavant chaque centre d'accueil travaillait de façon isolée. Il fallait développer une pratique uniforme en réadaptation.

Entretien enregistré et rédigé par Guy Drudi. Juillet 2017.

Révisé par Marie Blondin. Août 2017. Révisé par Roger Prud'homme. Septembre 2017.

4. COMMENT CES RAPPROCHEMENTS AVEC LE JURIDIQUE ET CES RÉFORMES ONT-ILS INFLUENCÉ LA PRATIQUE DES SERVICES SOCIAUX?

La recherche est essentielle pour mieux connaître les besoins de la clientèle, assurer le transfert des connaissances, et favoriser l'amélioration de la pratique sociale. Le MSSS à cette époque était ouvert non seulement à la recherche mais également aux services sociaux. Mais ces recherches n'étaient pas liées à la pratique sur le terrain. Il est important d'avoir un contrôle professionnel sur la pratique pour savoir ce qui se fait avec la clientèle. Les réformes successives à l'intérieur du réseau et tout au long de ces années ont permis de mieux connaître comment s'exerce la pratique, surtout par l'obligation pour les intervenants d'intégrer les ordres professionnels. Actuellement, sauf pour les médecins et les infirmières, les ordres professionnels ne s'impliquent pas dans les débats entourant la réforme Barrette.

5. LA FORMATION EN TRAVAIL SOCIAL

Auparavant on parvenait à la pratique du travail social par divers chemins. Souvent une propédeutique permettait l'accès aux études en service social à l'université. Il y avait une formation en service social individuel, de groupe, et communautaire, qui menait à une reconnaissance professionnelle par la Corporation des travailleurs sociaux. Plus tard, les Cegep ont donné des cours d'intervention sociale menant à la reconnaissance des techniciens en assistance sociale. Il était difficile pour les établissements de contrôler la correspondance de la pratique associée à chaque niveau de formation (collégial ou universitaire) car dans les faits, les intervenants pratiquaient les mêmes activités professionnelles dans les établissements. La réforme a permis de mieux baliser la pratique à l'intérieur de programmes de services développés pour des clientèles spécifiques et avec des services spécialisés.

Pour les jeunes intervenants, il faut s'assurer que la formation puisse leur être accessible et qu'ils soient supervisés pour un suivi rigoureux du dossier social.

Actuellement, les protocoles reliés entre autres aux délais de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse risquent de déshumaniser la pratique psychosociale. Il est difficile de standardiser la pratique sociale comme cela se fait dans le domaine médical. Pour réussir, l'intervention psychosociale doit faire ressortir comment la personne perçoit son problème, non pas comment l'intervenant interprète sa situation. La pression exercée par les protocoles d'intervention renverse ce rapport de priorité.

Tout au long des diverses réformes, on assiste à une perte de l'expertise clinique psychosociale non seulement dans les établissements en raison de la réorganisation des services, mais également en raison de la perte de l'expertise des programmes d'encadrement du personnel. Ce n'est pas parce qu'on regroupe le personnel des équipes provenant de divers horizons professionnels qu'on est mieux placé pour utiliser les compétences des membres de ces équipes à l'intérieur de la nouvelle équipe. Une équipe doit favoriser le mieux-être des personnes et cela

Entretien enregistré et rédigé par Guy Drudi. Juillet 2017.

Révisé par Marie Blondin. Août 2017. Révisé par Roger Prud'homme. Septembre 2017.

exige des compétences du personnel d'encadrement et du temps. À la longue, trop de réorganisations démotivent le personnel et nuisent à la consolidation des compétences. Sans oublier les autres professionnels

6. RECOMMANDATIONS

- Encourager la recherche appliquée sur les pratiques en service social.
- Faciliter le développement professionnel de chaque intervenant non seulement par la formation interne, mais également en allant chercher des formations à l'externe.
- Créer un conseil aviseur au sein de l'établissement sur la pratique professionnelle à l'instar du Conseil des médecins. Pourquoi existe-t-il un conseil des médecins et pas un Conseil des services sociaux à l'intérieur des établissements?
- Comment expliquer que les établissements universitaires ne participent pas au débat sur la réforme?
- On dirait que la réforme actuelle est faite pour que les gens qui sont éloignés les uns des autres ne se parlent pas.
- Les gestionnaires actuels auprès des travailleurs sociaux proviennent d'autres disciplines et ne connaissent pas en quoi consiste l'intervention de base psychosociale.
- Les gestionnaires doivent posséder une bonne connaissance des pratiques du personnel qu'ils doivent gérer.
- Si le gestionnaire ne possède pas les critères de qualité d'une bonne intervention de son personnel, comment peut-il évaluer sa pratique?
- Il doit connaître les bonnes pratiques professionnelles appropriées dans le domaine.
- Comment se fait-il que tout ce mouvement ne soulève pas les réactions des écoles de service social?
- L'université doit participer au débat qui entoure la réforme.
- Le modèle de la réforme actuelle qui procède du modèle industriel morcelle l'intervention et déqualifie l'intervention psychosociale.
- Ce modèle finance également les recherches dans les universités et cela représente un coût en termes de liberté universitaire. On assiste à un morcellement du savoir.
- Même les corporations qui doivent protéger la pratique auprès des clients sont absentes des débats autour de la réforme.
- Les services sociaux sont emprisonnés dans un carcan de pratique qui relève d'un modèle d'affaire corporatiste.
- Comment démocratiser les services sociaux?
- Comment développer les pratiques ? Et assurer une participation citoyenne à l'intérieur des établissements?