



MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PAR
MÉLANIE DUFOUR

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA COLLABORATION
CHEZ LES INTERVENANTS SOCIAUX DU CENTRE JEUNESSE ET DES CENTRES DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN ŒUVRANT AUPRÈS DES JEUNES
PRÉSENTANT DES TROUBLES MENTAUX

2013

SOMMAIRE

Le présent mémoire explore les activités de collaboration réalisées entre le Centre jeunesse (CJ) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) lors d'interventions auprès de jeunes présentant des troubles mentaux (TM). Plus précisément, cette étude vise à connaître les représentations sociales de la collaboration chez ces acteurs des services sociaux jeunesse en santé mentale. Les quatre objectifs spécifiques de la recherche, sont les suivants: (a) identifier les connaissances de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région et, ensuite, en déterminer la provenance; (b) explorer les images les plus évocatrices qu'ont les intervenants à propos de la collaboration; (c) découvrir quelles attitudes ils adoptent lors d'activités de collaboration entre le CJ et les CSSS de la région; et, (d) déterminer s'il existe des convergences et des divergences dans le contenu des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux des deux milieux institutionnels. Afin d'explorer le contenu des représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes présentant des TM en CJ et en CSSS, une méthode de recherche qualitative exploratoire a été appliquée. C'est ainsi que cinq intervenants sociaux du CJ-SLSJ et cinq autres des CSSS de cette même région ont été recrutés afin de participer à des entrevues semi-dirigées entre les mois d'avril et de juin 2010. De plus, des cartes associatives, technique de recherche propre à l'étude des représentations sociales, ont été complétées au cours de cette même rencontre avec les intervenants sociaux.

Les principaux résultats de la recherche démontrent que les intervenants sociaux du CJ-SLSJ et des CSSS-SLSJ ont une vision consensuelle de la définition de la collaboration, à savoir qu'il s'agit d'un travail d'équipe, entre partenaires, orienté vers des objectifs communs d'intervention et une complémentarité des expertises afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes et leurs familles. Les différentes activités de collaboration répertoriées dans cette étude concernent davantage les transferts personnalisés, la réalisation de plans de services individualisés et les équipes d'intervention jeunesse. Par la suite, les participants ont beaucoup insisté sur les caractéristiques du savoir-être que doivent posséder les intervenants sociaux pour favoriser de bonnes activités de collaboration entre les deux établissements. Pour eux, des attitudes d'ouverture, de respect, de reconnaissance et de professionnalisme envers les autres intervenants sont indispensables. D'autre part, cette étude révèle que les connaissances reliées directement aux contextes d'intervention et de l'organisation des établissements du milieu peuvent venir influencer l'état de la collaboration, et ce, surtout en ce qui concerne les jeunes présentant des TM. En effet, si l'intervenant connaît davantage les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), il serait davantage porté à aller chercher les bonnes personnes pour collaborer et il serait en mesure de mieux référer les jeunes dans le besoin et leurs familles. Qui plus est, une bonne connaissance des manifestations des TM peut

favoriser un consensus dans les moyens d'intervention privilégiés avec un jeune et sa famille, ce qui permet de limiter le plus possible les mésententes au sujet du processus d'intervention entre les différents intervenants impliqués. En ce qui concerne le deuxième objectif poursuivi par cette étude, les participants ont présenté la communication comme l'image la plus évocatrice de la collaboration. En effet, ceux-ci sont catégoriques sur le fait qu'une excellente communication influence positivement le déroulement d'activités de collaboration. Cette communication est associée, dans le discours des répondants, à quatre principales caractéristiques : (a) la qualité de la transmission des messages, soit un message clair, une bonne écoute et de la compréhension; (b) une utilisation des moyens de communication, tels que des rencontres mieux planifiées et des retours d'appel fait rapidement; (c) la création d'un langage professionnel commun; (d) l'expression des craintes et des attentes de chaque intervenant en début de processus de collaboration. Par ailleurs, les résultats de cette recherche indiquent que les intervenants sociaux adoptent une attitude positive et favorable envers les activités de collaboration impliquant le CJ et les CSSS de la région. Cette attitude serait positivement associée à la confiance démontrée par les gestionnaires, de même qu'au soutien obtenu de la part de ces derniers. À l'inverse, les participants ont indiqué que cette attitude pouvait toutefois être influencée négativement par une charge de travail trop importante. Enfin, bien peu de divergences ont été observées dans le contenu des représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux des deux milieux à l'étude. Par contre, il est possible de nommer l'impression des participants des CSSS sur le fait que les intervenants sociaux du CJ manquaient de connaissances au sujet des TM chez les jeunes. Dans le même sens, les répondants du CJ ont l'impression de faire l'objet de préjugés et de jugements négatifs en raison de leur appartenance professionnelle au CJ. En somme, cette étude apporte un certain éclairage sur les représentations sociales de la collaboration entre les services du CJ-SLSJ et des CSSS du SLSJ et les facteurs contribuant à favoriser cette collaboration. Malgré la pertinence de cette démarche, il importe toutefois de noter que les résultats du présent mémoire ne peuvent être généralisés en raison de son échantillon limité. Par conséquent, davantage d'études sur l'état de la collaboration entre les services sociaux jeunesse et en santé mentale sont nécessaires afin de pouvoir répondre plus adéquatement aux besoins de ces jeunes qui présentent souvent des situations de vie complexes.

¹ À noter que la réalisation de ce mémoire a été soutenue par l'octroi de bourses d'excellence, entre autres, du Conseil de recherche en Sciences humaines du Canada et de la Fondation Desjardins via le programme Relève Desjardins (santé mentale jeunesse).

AVANT-PROPOS

Afin de faciliter la lecture de ce mémoire, il est important d'apporter quelques précisions. D'abord, le terme intervenant social a été utilisé pour désigner, dans sa globalité, toutes les personnes possédant un baccalauréat en travail social. Le titre réservé de travailleur social n'a pu être utilisé, car les participants ne détenaient pas tous un permis de travailleur social de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). De plus, il est à noter que le mot jeune est employé pour désigner les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Ensuite, dans le but de permettre aux lecteurs de bien saisir les abréviations présentes dans le domaine de la santé et des services sociaux, une liste des abréviations est fournie à la page xiii. Enfin, le masculin est utilisé afin d'alléger le texte, et ce, sans aucune discrimination.

REMERCIEMENTS

Cette longue incursion dans le domaine de la recherche sociale n'aurait sans doute été possible sans le soutien et la patience de deux personnes que j'admire plus que tout, mes directrices de maîtrise, mesdames Christiane Bergeron-Leclerc et Eve Pouliot. À travers ces deux femmes, j'ai découvert des amies loyales, des confidentes exceptionnelles et des conseillères inégalables. Or, mon parcours de maîtrise a été parsemé de joies et de tristesses, et c'est entre autres, grâce à elles que j'ai réussi à trouver la force de continuer. Chacune à leur façon, sont venues réveiller en moi des qualités qui dormaient paisiblement. Je les remercie de tout mon cœur de m'avoir permis de découvrir, l'amie, la femme, la travailleuse sociale et la passionnée de recherche que je suis devenue. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir toujours cru en moi. Je tiens également à remercier tous les participants qui sans leur appui, la présente recherche n'aurait pu se concrétiser.

Ce parcours de maîtrise ne m'aurait pas fait grandir autant sans l'appui et la compréhension de ma famille face à un projet de cette envergure. Je tiens spécialement à remercier ma mère, Ginette, et mon père, Raynald, qui m'ont toujours poussée à franchir les limites du possible. Ils ont su m'apprendre à toujours persévérer dans les moments difficiles et à reconnaître la portée de mes efforts dans les moments de réussites. À ces deux parents exceptionnels, je dois mon dynamisme, ma détermination et mon plaisir de vivre. Je dois également remercier Francine, Yvon, Simon, Sandra, Lynne, Mireille, Suzanne, Fernande, Jean-Guy, Caroline et Roberta qui, sans toujours comprendre le long

cheminement d'une maîtrise, m'ont tellement encouragée. Je crois qu'ils avaient plus hâte que moi de voir mon parcours se terminer! Merci pour tous les beaux moments de délire que nous passons ensemble. Je vous aime très fort. De plus, je ne peux passer sous silence mon amoureux, Louis, qui a su m'encourager et me réconforter. Son extrême patience et sa grande sensibilité font de lui, l'homme le plus cher à mes yeux. Merci mon amoureux. De plus, je ne dois pas oublier mes beaux-parents, Johane et Michel, qui m'ont épaulée comme si j'étais leur propre fille. Merci.

Je dois également exprimer mes plus sincères remerciements à mes amies et amis pour leur support sans réserve. Que ce soit Nathalie, Valérie, Audrey, Nancy, Vicky, Kathy, Léa T., Alexandre ou Stéphane, ils ont tous su, en fonction de leurs personnalités distinctives, m'appuyer. Merci mes amies et amis, je sais que je peux toujours compter sur vous. Un merci tout spécial à ma gang de maîtrise dont, Maude, Claudia, Annie, Hugo et Maya pour les belles soirées passées en votre compagnie. Rien ne vaut un souper avec des étudiantes à la maîtrise pour comprendre que l'on passe toutes par les mêmes étapes.

Enfin, je remercie les professionnelles qui se sont occupées, tant de ma santé mentale que de ma santé physique. Merci aux Docteurs Lapierre et Caron, de même qu'à mesdames Alain, Frenette et Baillargeon. Vous ne vous en doutez peut-être pas, mais vous avez contribué de près à la réussite de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE	6
1.1 L'ampleur des TM chez les jeunes	7
1.2 Les conséquences des TM chez les jeunes et leurs proches	13
1.3 Les difficultés à reconnaître les manifestations des TM.....	16
1.4 Les difficultés relatives à la collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services de santé mentale jeunesse	19
1.5 La pertinence du projet de recherche	22
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS	24
2.1 La définition de la collaboration et les bénéfices associés	25
2.2 L'état actuel des services sociaux en santé mentale jeunesse dans les CJ et les CSSS	30
2.3 Les déterminants de la collaboration	36
2.3.1 Les facteurs d'influence positive	37
2.3.1.1 Les facteurs reliés aux intervenants sociaux.....	37
2.3.1.1.1 L'importance du travail d'équipe	37
2.3.1.1.2 La communication	38
2.3.1.1.3 La connaissance et la compréhension des contextes d'intervention et organisationnels	40
2.3.1.1.4 Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux.....	41
2.3.1.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel	43
2.3.1.2.1 La gestion administrative.....	43
2.3.1.2.2 Le soutien de la part des gestionnaires	44
2.3.2 Les facteurs d'influence négative	50
2.3.2.1 Les facteurs reliés aux intervenants sociaux.....	50
2.3.2.1.1 La difficulté de travailler en équipe	50
2.3.2.1.2 Le manque de communication	52
2.3.2.1.3 Le manque de connaissances et de compréhension à propos des contextes d'intervention et organisationnels	54
2.3.2.1.4 Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux.....	56
2.3.2.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel	58
2.3.2.2.1 La gestion administrative : le manque de ressources financières et humaines.....	58
2.3.2.2.2 Le manque de soutien de la part des gestionnaires	60
2.4 Les limites des études recensées	64
CHAPITRE 3 LE CADRE DE RÉFÉRENCE	66
3.1 Mise en contexte des travaux portant sur les représentations sociales	67
3.2 Les caractéristiques des représentations sociales.....	72
3.2.1 L'objet et le sujet d'une représentation sociale	73

3.2.2 Une élaboration mentale : la construction de la réalité propre à un individu ou un groupe	73
3.2.3 La diffusion et la signification d'une représentation sociale	75
3.2.4 La représentation comme contenu et processus.....	76
3.3 Les fonctions des représentations sociales.....	77
3.4 Les trois dimensions du contenu des représentations sociales	78
3.5 Le processus de développement des représentations sociales : une approche chronologique	81
3.5.1 La phase d'émergence des représentations sociales : leur formation	81
3.5.2 La phase de stabilité des représentations sociales : leur structure organisée.....	83
3.5.3 La phase de transformation des représentations sociales : leur évolution	88
3.6 La pertinence de l'utilisation des représentations sociales comme cadre d'analyse de ce mémoire	91
3.6.1 L'objet et le sujet des représentations sociales	92
3.6.2 Une élaboration mentale : la construction d'une réalité propre aux intervenants sociaux selon leur milieu de travail	93
3.6.3 La diffusion et la signification d'une représentation sociale	94
3.6.4 La représentation sociale comme contenu et processus.....	95
3.6.4.1 Le contenu.....	95
3.6.4.2 Le processus.....	96
CHAPITRE 4 LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	99
4.1 Les objectifs et les questions de recherche	100
4.2 Le type d'étude : une démarche exploratoire-descriptive.....	101
4.3 La population à l'étude	103
4.3.1 L'échantillon et la méthode d'échantillonnage.....	104
4.3.2 Les caractéristiques des participants.....	107
4.4 Les outils de la collecte de données.....	110
4.4.1 La fiche signalétique	110
4.4.2 La carte associative	111
4.4.3 L'entrevue semi-dirigée	112
4.5 Le déroulement de la collecte de données	118
4.6 L'analyse des données	119
4.7 Les considérations éthiques de la recherche	121
CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS	124
5.1 La compréhension et la conceptualisation de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS	125
5.1.1 Les définitions et les caractéristiques de la collaboration.....	126
5.1.1.1 L'importance du travail d'équipe	127
5.1.1.2 La poursuite d'objectifs communs entre différents professionnels	128
5.1.1.3 Les termes associés à la collaboration dans les cartes associatives	130
5.1.2 Les motifs associés à la réalisation d'activités de collaboration	136
5.1.3 Les moyens utilisés par les intervenants pour collaborer entre eux	140

5.1.4 Le climat de travail lors d'activités de collaboration.....	141
5.2 Les déterminants de la collaboration entre le CSSS et le CJ	144
5.2.1 Les facteurs reliés aux intervenants sociaux.....	145
5.2.1.1 La capacité des intervenants à travailler en équipe.....	145
5.2.1.2 La communication entre les intervenants	149
5.2.1.3 La connaissance et la compréhension du contexte d'intervention et organisationnel de chaque établissement	158
5.2.1.3.1 Le contexte d'intervention	158
5.2.1.3.2 Le contexte organisationnel	160
5.2.1.4 Les caractéristiques liées au savoir-être et au savoir-faire des intervenants sociaux	163
5.2.1.4.1 L'attitude d'ouverture et le respect envers ses collègues	164
5.2.1.4.2 La reconnaissance de l'expertise professionnelle.....	164
5.2.1.4.3 Le professionnalisme	167
5.2.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel	169
5.2.2.1 Les délais d'intervention.....	170
5.2.2.2 La mobilité du personnel et la surcharge de travail.....	172
5.2.2.3 Les attentes en ce qui concerne la gestion des services.....	174
5.2.2.3.1 Le désir d'être bien soutenus en cas de difficulté.....	174
5.2.2.3.2 L'amélioration de la communication entre les gestionnaires du RSSS ...	178
CHAPITRE 6 L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS	183
6.1 Le contenu des représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux des CJ et des CSSS	184
6.1.1 Les informations	185
6.1.2 L'image de la collaboration	191
6.1.3 Les attitudes	193
6.2. Les recommandations	196
6.3 Les limites et les forces de l'étude.....	200
6.4 Les perspectives de recherche.....	205
CONCLUSION.....	208
LISTE DES RÉFÉRENCES	212
ANNEXES.....	228
ANNEXE A: CHEMINEMENT DES TRANSFERTS PERSONNALISÉS AU SLSJ.....	229
ANNEXE B : CERTIFICATS D'ÉTHIQUE	231
ANNEXE C : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	239
ANNEXE D : LETTRES PREMIER CONTACT.....	245
ANNEXE E : FICHE SIGNALÉTIQUE.....	250
ANNEXE F: CARTE ASSOCIATIVE	255
ANNEXE G : GUIDE D'ENTREVUE	260

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Bienfaits des systèmes de services intégrés et de la collaboration sur les jeunes et leurs familles.....	29
Tableau 2	Gamme de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes	33
Tableau 3	Les facteurs influençant positivement les activités de collaboration.....	48
Tableau 4	Les facteurs influençant négativement les activités de collaboration.....	63
Tableau 5	Principales caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants.....	109
Tableau 6	Thèmes et sous-thèmes généraux du guide d'entrevue.....	117
Tableau 7	Les huit catégories de mots associées à la «collaboration» dans les cartes associatives.....	132
Tableau 8	Les mots-clés nommés dans les situations positives et négatives...	135
Tableau 9	Illustrations des motifs évoqués par les intervenants pour recourir à des services spécialisés d'un autre établissement en fonction de leur appartenance organisationnelle.....	139
Tableau 10	Les moyens utilisés par les intervenants pour favoriser la collaboration.....	141
Tableau 11	Les facteurs d'influence positive et négative sur la collaboration : la communication.....	157
Tableau 12	Les facteurs d'influence positive et négative sur la collaboration : la connaissance et la compréhension des contextes organisationnels et d'intervention.....	162
Tableau 13	Les caractéristiques liées au savoir-être des intervenants sociaux à privilégier lors d'activités de collaboration.....	163
Tableau 14	Les composantes associées au professionnalisme des intervenants sociaux.....	169
Tableau 15	Les besoins de soutien des intervenants de la part de leurs supérieurs immédiats lors de difficultés de collaboration.....	177
Tableau 16	Les facteurs d'influence positive et négative de la collaboration selon les participants.....	181

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Organisation et structure d'une représentation sociale.....	85
-----------------	---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AACAP	American academy of child and adolescent psychiatry
ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CA	Cartes associatives
CCSSEJF	Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille
CIM-10	Dixième édition de la Classification internationale des maladies
CJ	Centre jeunesse (englobant tous ceux du Québec)
CJ-SLSJ	Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-SLSJ	Les centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CTSMJCJ	Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis en centres jeunesse
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
FA	Famille d'accueil
LPJ	Loi sur protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale
PI	Plan d'intervention

PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RS	Représentations sociales
RTF	Ressource de type familial
SLSJ	Saguenay-Lac-Saint-Jean
TDA	Troubles de déficit de l'attention
TDAH	Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité
TED	Troubles envahissants du développement
TIC	Technique de l'incident critique
TM	Trouble mental

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, les connaissances au sujet des troubles mentaux (TM) chez les jeunes ont grandement progressé (Chabrol, 2011; Dumas, 2007; Egger & Emde, 2011). Autrefois perçus comme des conséquences de la crise d'adolescence, les TM font aujourd'hui l'objet d'un lot de recherches scientifiques, qui prouvent que ceux-ci sont bel et bien des troubles qui peuvent être amplifiés par des événements perturbateurs dans la vie d'un jeune (Chabrol, 2011). Parmi ces événements, il est possible d'observer plusieurs problématiques, notamment, la négligence, la délinquance, les abus physiques ou sexuels, l'abandon et la violence. Au Québec, ces problématiques sont principalement prises en charge par les centres jeunesse (CJ) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

De ce fait, au cours des deux dernières décennies, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a accordé une plus grande importance à la problématique des TM chez les jeunes dans les CSSS, mais également dans les CJ du Québec. Par conséquent, de nombreux rapports et orientations ministériels témoignent de l'importance de la collaboration entre ces deux services afin de répondre le mieux possible, à la fois aux besoins de protection de l'enfant, mais également à ceux liés à leur santé mentale (Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), 2001; Bérubé, Goyette, Maltais, & Plamondon, 2007; Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (CCSSEJF), 2004; MSSS, 2005; Nadeau, Patry, et collaborateurs., 2008; Rousseau, Ammara, Baillargeon, Lenoir, & Roy, 2007). Ces activités de collaboration entre les CJ et les CSSS peuvent, en effet, améliorer la liaison et

l'accessibilité entre ces services (ACJQ, 2001; Bérubé, et al., 2007; CCSSEJF, 2004; MSSS, 2005; Nadeau, Patry, et collaborateurs., 2008; Rousseau, et al., 2007) et, ainsi, améliorer le bien-être et les conditions de rétablissement de ces jeunes, en plus de diminuer le fardeau des parents à l'égard des conséquences de ces troubles sur leur vie familiale (Child, Adolescent and Family Branch (CAFB), Center for Mental Health Services (CMHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) et U.S. Department of Health and Human Services (U.S. DHHS), 2009).

En ce moment, les connaissances scientifiques à propos des activités de collaboration entre les intervenants sociaux des centres de la protection de l'enfance et des services de santé mentale jeunesse CSSS lorsqu'un jeune présente un TM sont peu documentées, et cela vaut également pour la province de Québec (Nadeau, Rousseau, Séguin, & Moreau, 2009). De ce fait, la présente recherche s'intéresse aux représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués, plus particulièrement ceux qui travaillent au CJ du Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans les CSSS de cette même région.

Utilisant une approche exploratoire et qualitative, le présent mémoire se divise en six chapitres. Le premier chapitre est dédié à l'exploration de la problématique des TM chez les jeunes qui reçoivent à la fois les services des centres de la protection de l'enfance et des

services sociaux de santé mentale jeunesse. Après avoir mis en relief l'ampleur et les conséquences importantes de cette problématique, les difficultés inhérentes à la collaboration et à l'accès entre les services visant à répondre aux besoins de ces jeunes et de leurs familles sont examinées.

Le second chapitre fait, quant à lui, un survol des différents écrits scientifiques concernant la collaboration entre les services sociaux à l'étude. Par la suite, un portrait des services offerts à la clientèle jeunesse québécoise, en fonction de leurs besoins de services en protection et en santé mentale, est présenté. Pour terminer, les différents facteurs pouvant influencer positivement et négativement les activités de collaboration entre les services à l'étude sont exposés.

Afin d'analyser avec rigueur les résultats de cette étude, le cadre de référence des représentations sociales a été utilisé. Dans le but de faciliter la compréhension du lecteur, le troisième chapitre aborde les différentes notions reliées aux représentations sociales, notamment en ce qui concerne leurs caractéristiques, leurs fonctions, les trois éléments de leur contenu et leur processus d'évolution dans la pensée des individus. En prenant appui sur ce cadre de référence, la pertinence de la recherche est exposée en lien avec les quatre objectifs qu'elle poursuit.

Dans le quatrième chapitre, les aspects méthodologiques sont précisés. Il est alors question des objectifs et des questions de recherche, de la stratégie de recherche privilégiée, de la population à l'étude, des méthodes de collecte et d'analyse des données utilisées, ainsi que des aspects éthiques pris en considération dans le déroulement de la collecte de données. Le cinquième chapitre expose les résultats qui découlent de la collecte de données, en abordant la compréhension et la conceptualisation de la collaboration chez les intervenants des CSSS et du CJ-SLSJ, ainsi que les déterminants de la collaboration, en détaillant les facteurs influençant positivement et négativement la collaboration. Enfin, le sixième chapitre discute des résultats obtenus en fonction des différents écrits scientifiques recensés et du cadre des représentations sociales. Cette section expose également les contributions de la présente recherche, les recommandations qui en découlent, les limites de l'étude, de même que des suggestions pour le développement de travaux de recherche sur le sujet.

CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

1.1 L'AMPLEUR DES TM CHEZ LES JEUNES

Contrairement à ce que l'on pensait il y a quelques années, les troubles mentaux (TM) chez les jeunes ne sont ni bénins, ni transitoires (Chabrol, 2011), bien qu'ils puissent parfois être passagers. Autrefois, les manifestations de ces troubles étaient considérées comme des conséquences de la «crise d'adolescence», ce qui a eu pour effet de retarder l'étude des TM chez cette clientèle (Chabrol, 2011). Par contre, depuis une trentaine d'années, les travaux de recherche à ce sujet se sont multipliés et permettent désormais une meilleure compréhension de la réalité actuelle des TM chez les jeunes, de même que de leur ampleur considérable (Chabrol, 2011; Dumas, 2007; Egger & Emde, 2011).

De fait, selon Bénony, Bénony et Dumas (2008), les résultats de nombreuses études longitudinales et épidémiologiques démontrent qu'environ 10% des enfants et des adolescents des pays industrialisés répondent aux critères diagnostiques d'un TM plus ou moins grave, selon le DSM-IV². Selon d'autres auteurs, ce pourcentage irait même jusqu'à 20% (Belfer, 2008; Chabrol, 2011; Stiffman, Chen, Dore, & Cheng, 1997). À l'échelle canadienne, les résultats d'une étude épidémiologique réalisée en 2002 révélaient que la prévalence de TM chez les enfants et les adolescents était alors de 15% (Waddell & Shepherd, 2002). Cette étude soulignait que les TM les plus fréquents étaient les troubles anxieux (6,5%), les troubles de conduites (3,3%), les troubles de déficit d'attention avec

² Abréviation de : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* de l'American Psychiatry Association.

hyperactivité (3,3%) et les troubles dépressifs (2,1%) (Waddell & Shepherd, 2002). Au Québec, en 2002, cette proportion équivalait à plus de 230 000 enfants et adolescents (MSSS, 2005).

Parallèlement à ce portrait général de l'ampleur des TM chez les jeunes, il est intéressant de noter que, selon plusieurs auteurs, la prévalence des TM serait plus élevée chez les jeunes qui reçoivent les services des centres de protection de la jeunesse, et ce, même s'ils ne démontrent pas nécessairement de manifestations de TM à leur entrée dans les services (Azzi-Lessing, 2010; Cloutier, Nadeau, Bordeleau, & Verreault, 2008; Chenven, 2010; Mash & Dozois, 2003; OMS, 2001; Levitt, 2009; Pumariega, Winters, & Huffine, 2003; Rousseau, et al., 2007; Shin, 2005; Tarren-Sweeney, 2008). À cet égard, bon nombre d'études américaines démontrent que de 39% à 80% de ces jeunes sont potentiellement à risque de développer un TM (Leslie et al., 2000; Stiffman, et al., 1997). Une étude de Shin (2005), réalisée dans le Mid-ouest américain auprès de 113 adolescents³, a révélé que les principaux diagnostics de ces jeunes concernaient les troubles de conduites (40%), les troubles de l'humeur (en particulier la dépression) (32%), les troubles d'adaptation (32%) et les troubles anxieux (19%). D'autres diagnostics étaient également présents chez ces jeunes, mais de manière plus ou moins significative, comme les TDAH (13%), les troubles bipolaires (9%) et la schizophrénie (8%).

³ Adolescents choisis au hasard dans les huit états du Midwest. Ils avaient, en moyenne, 16 ans et ils étaient placés depuis au moins six mois.

Au Québec, la situation est pratiquement semblable en ce qui concerne les jeunes recevant des services des centres jeunesse. Dans son *Plan d'action en santé mentale de 2005-2010*, le MSSS (2005) a d'ailleurs conféré un mandat additionnel à la mission des CJ à propos de l'hébergement des jeunes présentant des TM. Par la suite, quelques comités de travail et équipes de recherche ont été mis sur pied afin de mieux cerner l'importance de cette problématique en centres jeunesse (Cloutier, et al., 2008; Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis en centres jeunesse (CTSMJCJ), 2007; Gouvernement du Québec & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998a; Nadeau, Patry, et collaborateurs, 2008; Pouliot-Lapointe, Salazar, Nadeau, Mireault, & Simard, 2006; Rousseau, et al., 2007). De manière générale, ces travaux soulignent que la situation est préoccupante pour les jeunes qui reçoivent les services des centres de protection de l'enfance et qui présentent également des TM. Réalisée auprès de 3591 jeunes hébergés en CJ à travers le Québec, l'étude du CTSMJCJ (2007) a permis, plus spécifiquement, de déterminer le profil des jeunes vivant en unités de réadaptation, en foyers de groupes et en ressources intermédiaires. Les résultats de cette étude ont révélé que 45% de ces jeunes avaient un diagnostic de TM inscrit à leurs dossiers en 2006. Le diagnostic le plus fréquemment inscrit était le TDA/H (27,2%), suivi du trouble de l'opposition (12,1%), du trouble réactionnel de l'attachement (7%), des troubles de conduite (7%), ainsi que des traits ou troubles de la personnalité (7%). Parmi les 113 jeunes en provenance du CJ-SLSJ, 40,7% avaient un diagnostic inscrit à leur dossier, dont 22,6% pour un TM léger ou modéré, 7,9% pour un TM grave et 17% pour un TM grave combiné à un ou plusieurs autres diagnostics de TM ou d'abus de substances. Selon ce même comité (2007), le groupe

d'âge le plus touché par les TM pour l'ensemble du Québec, était celui des jeunes de six à onze ans. C'est également au sein de ce groupe que l'on retrouvait les plus hauts taux de comorbidité, ainsi que la plus grande proportion de jeunes sous médication.

Certes, les jeunes sous la responsabilité de la protection de l'enfance sont plus vulnérables et plus enclins à développer des TM en raison d'une accumulation de facteurs de risques reliés à l'évolution de ces troubles (Azzi-Lessing, 2010; Cloutier, Nadeau, Bordeleau, & Verreault, 2008; Chenven, 2010; Harman, Childs, & Kelleher, 2000; Levitt, 2009; Mash & Dozois, 2003; Nadeau, et al. 2008; OMS, 2001; Pumariega, Winters, & Huffine, 2003; Rousseau, et al., 2007; Shin, 2005; Tarren-Sweeney, 2008). À ce sujet, Leslie, et al. (2005) ont décrit en quatre affirmations ces facteurs de risque. Ces auteurs, précisent, tout d'abord, que les jeunes avec des difficultés émotionnelles et développementales sont plus vulnérables à la maltraitance. Deuxièmement, ces derniers mentionnent que les jeunes qui sont exposés à de nombreux facteurs environnementaux, tels que la pauvreté et la violence, sont à risque de voir leur développement perturbé. En comparaison avec leurs pairs, leurs parents ont plus souvent des TM ou des dépendances. Ils sont aussi plus fréquemment exposés à des infections prénatales et à un abus de substances de la mère pendant la grossesse, sans compter qu'ils ne reçoivent pas toujours les soins de santé préventifs adéquats. Troisièmement, les parents de ces jeunes peuvent présenter des habiletés et des compétences parentales plus limitées qui s'illustrent, par exemple, par le fait de donner des règles trop strictes ou par une discipline inconstante.

Quatrièmement, les expériences d'abus et de négligence, jumelées avec des placements multiples, ont pour conséquence d'aggraver et de modifier la trajectoire du développement de ces jeunes. En effet, Landesman et Ramey (1999) affirment que l'exposition précoce à ces expériences négatives peut avoir des résultats néfastes sur le système nerveux du jeune, dont la régulation de leur stress et leurs réactions face à des événements stressants. De surcroît, Tarren-Sweeney (2008), qui a réalisé une étude épidémiologique auprès de 347 jeunes recevant les services de protection en Australie, identifie sept facteurs importants pour le développement d'un TM chez ces jeunes: (a) l'âge du jeune qui reçoit les services: plus il est vieux, plus il y a de risques de développer un TM; (b) les difficultés de lecture; (c) la présence d'une déficience intellectuelle; (d) le jeune âge de la mère; (e) l'exposition à certains types de maltraitance, dont les abus sexuels, physiques et psychologiques; (f) la qualité des soins prodigués par les parents biologiques lorsque le jeune retourne dans sa famille à la suite d'un placement; et (g) l'exposition à de nombreux événements négatifs dans les années précédentes. Il souligne également que le manque de stabilité et de sécurité lors des placements peut influencer le développement de TM, en particulier chez les préadolescents.

Malgré la pertinence des études visant à documenter l'ampleur des TM chez les jeunes, de nombreuses limites méthodologiques y sont associées et permettent d'expliquer les variations en ce qui concerne les taux de prévalence observés. À cet égard, Bénony et al.

(2008) soulignent les différences dans les critères utilisés pour diagnostiquer les TM⁴, le manque de représentativité des échantillons étudiés, ainsi que l'absence de groupe de comparaison ou de groupe contrôle, éléments qui limitent souvent la possibilité de généraliser les résultats obtenus. De plus, ces auteurs mentionnent que certaines études ne tiennent pas compte des variables importantes qui pourraient influencer la nature et la gravité des troubles, notamment en ce qui concerne le milieu de vie des jeunes, leur réseau social, leur situation géographique ou leur origine ethnique. Dumas (2007) ajoute à ces limites le fait que les études utilisent parfois des instruments de mesure qui n'ont pas été validés, ce qui occasionne une difficulté à établir des comparaisons d'une étude à l'autre. En plus, il précise que les recherches s'appuient souvent sur une seule source d'information, en portant spécifiquement sur les intervenants, le jeune, les parents ou les enseignants. Finalement, peu d'études québécoises menées à ce jour permettent de documenter le vécu des jeunes qui vivent des TM en région, particulièrement chez ceux qui reçoivent des services des CJ. L'étude du CTSMJCC (2007) permet d'apporter un certain éclairage sur cette question au Québec, sans toutefois faire mention des distinctions entre les régions et les diagnostics qui y sont les plus fréquents. Cette étude ne permet également pas de savoir comment et à quel moment le diagnostic a été posé et, lorsque plusieurs diagnostics ont été indiqués au dossier, il est impossible de déterminer le plus récent. De plus, l'étude n'a pas réalisé de distinction entre un diagnostic formel et une impression

⁴ Certaines études utilisent la 10^{ième} édition de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) et d'autres le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV), ce qui peut amener des nuances dans les façons de diagnostiquer les TM.

diagnostique⁵, ce qui constitue une pratique courante chez les pédopsychiatres. Enfin, les critères de gravité des TM de cette étude n'ont pas été déterminés par les critères diagnostiques du DSM-IV; ils découlent plutôt de considérations administratives, telles qu'un système de référence maison pour qualifier les TM (léger-moderé-grave).

1.2 LES CONSÉQUENCES DES TM CHEZ LES JEUNES ET LEURS PROCHES

Certains TM développés au cours de l'enfance peuvent persister, en plus d'augmenter en intensité, s'ils ne sont pas traités suffisamment tôt (Birleson & Vance, 2008). Étant donné les proportions non négligeables de jeunes ayant des TM, il importe de s'interroger sur les conséquences de cette problématique dans la vie des jeunes et de leurs proches.

En premier lieu, il importe de noter que la présence d'un TM chez un jeune peut avoir des répercussions majeures et prolongées sur son fonctionnement affectif, cognitif et social. En effet, les TM chez les jeunes sont intimement liés à des problématiques, telles que : (a) le décrochage et les problèmes scolaires (Breton & Valla, 2001; Leslie et, al. 2005; Pumariega, et al., 2003); (b) les comportements à risque suicidaire et le suicide (Breton & Valla, 2001; Nadeau, et al., 2008; Pouliot-Lapointe, et al., 2006; Pumariega, et al., 2003); (c) la violence (Breton & Valla, 2001); ainsi que (d) les difficultés dans les relations

⁵ Le pédopsychiatre porte une impression diagnostique lorsqu'il n'est pas certain de pouvoir donner un diagnostic formel, notamment en raison de l'âge du jeune. Bien souvent, le pédopsychiatre est encore à l'étape de l'évaluation.

interpersonnelles, surtout chez les jeunes présentant plus d'un diagnostic (Harada, Yamazaki, & Saitoh, 2002). De même, ces jeunes sont susceptibles d'éprouver des difficultés associées au fait de ne pas pouvoir participer à certaines activités récréatives, ce qui peut engendrer de la discrimination à leur égard, contribuer à leur isolement (Cosgrave, et al., 2008; OMS, 2001) et amplifier leur risque de vivre de la stigmatisation (Dumas, 2007). En plus d'être nombreuses et variées, plusieurs auteurs soulignent que ces conséquences sont également susceptibles d'être présentes à long terme chez ces jeunes (Bénony, et al., 2008; Birleson & Vance, 2008; Breton & Valla, 2001). En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001), certaines répercussions se prolongent souvent jusqu'à l'âge adulte, entraînant des pertes d'emploi, une baisse de productivité, de la criminalité et des décès prématurés. La présence de TM chez les jeunes est donc susceptible d'engendrer d'importants coûts humains (ex. échecs, souffrance, rejet, maltraitance), sociaux (ex. détresse psychologique, victimisation, perturbations scolaires et relationnelles) et économiques (ex. invalidité ou emploi peu rémunéré) (OMS, 2001).

En plus d'entraîner d'importantes conséquences pour les jeunes concernés, la présence d'un TM touche inévitablement leurs réseaux sociaux, qu'il s'agisse de la famille, des amis ou du milieu scolaire. Bien que les conséquences spécifiquement liées au milieu scolaire et au réseau social⁶ du jeune soient peu documentées, plusieurs études notent l'importance du fardeau familial, qui est défini, selon Platt (1985), comme la présence de problèmes, de

⁶ Concernant le milieu scolaire et le réseau social du jeune, il est possible de se référer à l'étude de Harada, et al., (2002) pour de plus amples informations.

difficultés ou d'événements défavorables qui affectent la vie des personnes significatives du jeune atteint de TM. Ce fardeau comprend deux dimensions bien distinctes, à savoir : (a) le fardeau objectif, qui se caractérise par les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne (ex. assister le jeune pour les repas ou les transports), ainsi que (b) le fardeau subjectif, qui fait référence à la réduction du bien-être du proche aidant et à l'anxiété vécue par celui-ci (Angold, et al., 1998). Selon les capacités d'adaptation du proche aidant, le fardeau objectif peut être élevé, sans que cela n'affecte le fardeau subjectif (Angold, et al., 1998). Cependant, toute l'aide affective, cognitive, sociale et matérielle que les familles procurent à la personne atteinte d'un TM grave peut rapidement se convertir en surcharge, si elles ne sont pas soutenues adéquatement (Caron, Mercier, Martin, & Stip, 2005). Les familles vivant cette surcharge rapportent de la fatigue chronique, du stress, de la colère, de la souffrance, de l'irritabilité, de la dépression, des conflits familiaux, des difficultés dans leurs liens sociaux et dans le cadre de leur emploi, des problèmes légaux, des coûts financiers excessifs, ainsi qu'un sentiment de culpabilité (Breton & Valla, 2001; Chabrol, 2011; Dore & Romans, 2001; Larsen, 1998; Luscombe, Brodaty, & Freeth, 1998; Stimmel & Sharfstein, 2004). En outre, Angold et al. (1998) ont démontré que les hospitalisations fréquentes des jeunes ayant des TM graves augmentaient le fardeau familial. Parallèlement à ces constats, Breton et Valla (2001) soulignent que les réactions émotives peuvent varier selon la proximité et l'intimité entre les membres de la famille et le jeune. En effet, il semble que plus les liens sont forts entre le jeune et les membres de sa famille, plus les réactions émotives sont intenses.

1.3 LES DIFFICULTÉS À RECONNAÎTRE LES MANIFESTATIONS DES TM

Afin de minimiser les conséquences d'un placement en CJ sur la santé mentale des jeunes, il importe que les intervenants sociaux soient en mesure de reconnaître les manifestations de ces troubles. Cependant, il peut être difficile de bien cibler une problématique de santé mentale chez un enfant ou un adolescent en raison des subtilités qui existent dans le développement physique, cognitif et relationnel des jeunes (Dumas, 2007). Cela explique, en partie, pourquoi les intervenants de la protection de l'enfance éprouvent parfois des difficultés à distinguer et à dépister les TM chez les jeunes et, ainsi, à effectuer les bonnes références vers les services appropriés (Chabrol, 2011; Cosgrave, et al., 2008; Leslie, et al., 2005; Stiffman, et al., 1997; Tarren-Sweeney, 2008). De ce fait, Dumas (2007) insiste sur la réalité dynamique et évolutive des TM chez les jeunes à travers les différentes périodes de leur vie et des contextes environnementaux. En effet, celui-ci précise que les TM «ne sont ni des entités plus ou moins stables qui se présentent à l'état «pur», ni des maladies aux paramètres bien définis et qui peuvent être débarrassées de leur «couleur locale» pour être étudiées en laboratoire uniquement» (Dumas, 2007, p. 51). Les contextes familiaux et sociaux du jeune jouent un rôle très important dans sa vie, car ils sont également en constante évolution. Par conséquent, ces contextes extérieurs peuvent contribuer activement aux difficultés de celui-ci au lieu de l'aider à les surmonter (Dumas, 2007).

Dans un tel contexte, il est intéressant d'explorer les distinctions entre un comportement normal et un comportement pathologique chez un jeune. Dumas (2007) et Despinoy (2010) parlent de la normalité comme la manière pour un groupe social⁷ de se conformer aux normes et règles sociales de ce groupe. Or, le plus grand défi pour les enfants et les adolescents est d'acquiescer ces normes et règles pour, ainsi, apprendre à s'y conformer (Dumas, 2007). De toute évidence, il faut être très prudent sur la détermination d'un comportement anormal chez un jeune, car cela tient largement compte des valeurs et du jugement social et professionnel de la personne qui l'évalue à un moment précis. Il est également important, pour les intervenants sociaux, de ne pas décontextualiser le comportement du jeune. Le dépistage d'un TM doit donc tenir compte du contexte familial, social et environnemental du jeune.

Ainsi, plusieurs auteurs soulignent l'importance d'identifier et d'intervenir de façon précoce auprès des jeunes qui sont suivis en CJ et pour lesquels la présence de TM est soupçonnée, afin de limiter les conséquences sur leur développement (American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP), 2007; Bai, Wells, & Hillemeier, 2009; CTSMJCJ, 2007; Leslie, et al., 2005; Levitt, 2009). En effet, la santé physique, l'éducation et la santé mentale sont des dimensions très importantes pour le développement et le bien-être des jeunes, bien que la dimension de la santé mentale soit souvent négligée lors de la première évaluation réalisée en protection de la jeunesse (Leslie et al. 2005; Levitt, 2009).

⁷ Cela va de la famille à la société en générale.

À ce propos, Leslie, et al. (2003) ont démontré que plus de la moitié des centres de protection de l'enfance ne faisaient pas systématiquement d'évaluation en santé mentale chez les jeunes en voie d'être placés dans un milieu substitut. En n'évaluant pas la santé mentale de ces jeunes, les intervenants sociaux risquent de ne pas obtenir d'informations sur le risque de suicide, les symptômes liés à des problèmes émotionnels et de comportement ou bien les problèmes de fonctionnement social (Levitt, 2009). Cela donne également à penser qu'en n'évaluant pas ces aspects, les intervenants pourraient accentuer les conséquences reliées au placement, une période charnière dans la vie d'un jeune (Chabrol, 2011). De ce fait, plusieurs auteurs démontrent le besoin d'évaluer les jeunes dès leur entrée dans ces services de protection (AACAP, 2007; American Academy of Pediatrics (AAP), 1994 et 2004; CTSMJCI, 2007; Leslie, et al., 2005). L'AAP (1994; 2004) propose même de réaliser une évaluation de la santé mentale 72 heures après un placement, ainsi qu'une autre 30 jours plus tard, afin que les intervenants sociaux aient une très bonne compréhension du développement physique et mental de chaque jeune. Finalement, Birleson et Vance (2008) ajoutent que l'évaluation devrait suivre une logique longitudinale; c'est-à-dire : qu'il devrait également y avoir des évaluations périodiques selon les stades du développement du jeune, puisqu'il y a plusieurs différences de besoins (physiques, éducatifs, psychologiques et sociaux), par exemple, entre un jeune de 12 ans qui présente un TM et un autre de 17 ans.

En résumé, Levitt (2009) précise que les centres de protection de l'enfance devraient s'assurer : (a) que les enfants aient accès à une évaluation de leurs besoins physiques, éducatifs et psychologiques; et (b) que les enfants soient en lien avec les services appropriés pour leurs situations et que ces services soient effectivement rendus adéquatement aux enfants. Étant donné le risque plus élevé de développer des TM chez les jeunes recevant les services de la protection de l'enfance et l'importance d'intervenir précocement avec ces jeunes, plusieurs auteurs mettent l'accent sur l'importance de la collaboration avec les services de santé mentale jeunesse pour mieux répondre aux besoins du jeune et sa famille (Cottrel, Lucey, Porter, & Walker, 2000; Dionne, 2005; Iversen, Jakobsen, Havik, Hying, & Stormark, 2007; Johnson, Zorn, Kai Yung Tam, Lamontagne, & Johnson, 2003; MSSS, 2005; Nadeau, et al., 2008; Nadeau, et al., 2011; Naylor, Anderson, & Morris, 2003; Rousseau, et al. 2007).

1.4 LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA COLLABORATION ENTRE LES SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE

Malgré la nécessité de répondre adéquatement aux besoins des jeunes touchés par des TM et démontrant un besoin de protection, plusieurs auteurs notent des problèmes importants dans l'accessibilité et la continuité des services offerts à ces jeunes (AACAP, 2007; Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), 2001; Bérubé, Goyette, Maltais, & Plamondon, 2007; Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (CCSSEJF), 2004; MSSS, 2005; Nadeau, et al. 2008;

Rousseau, et al., 2007). En effet, selon de nombreux écrits scientifiques, ces difficultés d'accessibilité et de continuité proviennent d'un manque évident de collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services de santé mentale jeunesse (AACAP; 2007; Bai, et al., 2009; CCSSEJF, 2004; Cloutier, et al., 2008; Eggertson, 2005; Hurlburt, et al., 2004; Janssens, Peremans, & Deboutte, 2010; Levitt, 2009).

Concernant l'accessibilité générale aux services en santé mentale jeunesse, plusieurs études démontrent que les jeunes qui présentent des TM ne reçoivent pas les services qu'ils requièrent comme il se doit (Eggertson, 2005; Koppelman, 2004). En effet, certains auteurs ont démontré une répartition inégale des services, ainsi que des problèmes d'accès d'une région à l'autre, que ce soit au Québec (CCSSEJF, 2004; Larivière, 2001; MSSS, 2005; Rousseau, et al., 2007), au Canada (Eggertson, 2005) ou aux États-Unis (Chenven, 2010; Hurlburt, et al., 2004; Janssens, et al. 2010). De plus, l'accès aux services en santé mentale tend à être plus difficile pour les jeunes présentant des TM ayant recours aux services de protection de l'enfance. En effet, les jeunes placés en hébergement utilisent de 15 à 25 fois plus les ressources en santé mentale que leurs pairs qui ne reçoivent pas des services de protection (Halfon et al. 2004 dans Cloutier et al., 2008; Shin, 2005). Ainsi, le pourcentage d'accès aux services se situerait entre 16% et 28% pour les jeunes qui ont besoin de

services en santé mentale jeunesse et de protection de l'enfance⁸ (Burns, et al., 2004; Halfon et al. 2004 dans Cloutier et al., 2008; Hurlburt et al., 2004; Levitt, 2009).

Par ailleurs, le deuxième élément qui explique un manque de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les centres de protection de l'enfance relève d'un manque de continuité entre les services (Cloutier, et al., 2008; Nadeau, et al., 2012). Ce manque a pour conséquence une fragmentation des expertises spécialisées, qui provoque le cloisonnement des structures, des services et des pratiques; engendrant ainsi un dédoublement de services, en plus d'une possibilité de neutraliser les interventions entre elles. Dans le même sens, certains auteurs notent que la fragmentation de ces services, de même que l'exercice de pratiques professionnelles en vase clos, donnent lieu à des zones grises ou des «trous» entre les services pour les jeunes vivant avec plus d'une problématique (Cloutier, et al., 2008; CCSSEJF, 2004; Nadeau, et al., 2008; Nadeau, et al., 2012; Larivière, 2007; Rousseau, et al., 2007). Ces jeunes ont donc de la difficulté à recevoir des services, car la complexité de leur état, en raison de la présence de problématiques multiples, ne cadre pas avec les missions des établissements de services sociaux. Ainsi, l'arrimage difficile entre les différents établissements du réseau constitue une difficulté notable, associée à un manque de coordination des établissements, qui a pour effet de limiter les relations de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et de protection de l'enfance (AACAP, 2007; Cloutier, et al., 2008; Larivière, 1998-1999;

⁸ Il faut prendre note que les limites méthodologiques présentées à la fin de la section *L'ampleur des troubles mentaux* s'appliquent également pour expliquer les variations de pourcentages dans les données présentées.

Nadeau, et al., 2008; Nadeau, et al., 2011; Rousseau, et al., 2007). Évidemment, cette difficulté dans les activités de collaboration engendre des limites dans la réponse aux besoins des jeunes et de leurs familles et l'utilisation adéquate des services en santé mentale jeunesse (Bai, et al., 2009).

1.5 LA PERTINENCE DU PROJET DE RECHERCHE

C'est en constatant la difficulté des intervenants à reconnaître les TM en CJ, de même que le manque d'accessibilité et de continuité entre les services de santé mentale jeunesse et de protection de l'enfance, que la présente recherche a été réfléchi. En fait, pour plusieurs auteurs, la mise en place de relations de collaboration solides et efficaces entre ces services constitue la solution aux différentes difficultés énoncées précédemment (AACAP, 2007; ACJQ, 2001; Bérubé et al., 2007; CCSSEJF, 2004; Cottrel, Lucey, Porter, & Walker, 2000; Dionne, 2005; Iversen, Jakobsen, Havik, Hying, & Stormark, 2007; Johnson, et al., 2003; MSSS, 2005; Nadeau, et al., 2008; Nadeau, et al., 2011; Naylor, Anderson, & Morris, 2003; Rousseau, et al. 2007).

À ce jour, très peu de recherches québécoises, canadiennes ou américaines ont été réalisées dans le but de connaître les représentations sociales⁹ de la collaboration chez les

⁹ Il est important de mentionner que cette notion sera définie au Chapitre 3 Le cadre de référence.

intervenants travaillant dans les centres de protection de l'enfance et les services de santé mentale jeunesse. Qui plus est, les situations de collaboration entre ces deux types de services sont encore très peu documentées. Au Québec, bien que quelques études récentes aient documenté les changements dans les activités de collaboration entre les CJ et les CSSS à la suite des modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (Bentayed, 2011; Turcotte et al., 2011), ces dernières ne font pas de distinction entre les différentes problématiques vécues par les jeunes lors d'activités de collaboration. En effet, ces études analysent la collaboration entre les services, toutes problématiques confondues.

À la lumière de ces constats, il a semblé pertinent de questionner les intervenants sociaux de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean oeuvrant auprès de jeunes qui présentent des TM et des besoins de protection. Ce mémoire a donc permis d'identifier, à l'intérieur de leurs représentations sociales de la collaboration, les opinions convergentes et divergentes entre les intervenants des CSSS et du CJ de la région, ainsi que de découvrir ce qu'ils considèrent comme des facteurs pouvant influencer négativement et positivement la collaboration. Cette démarche a permis aux intervenants sociaux de bonifier leurs interventions auprès des jeunes vivant un TM et leurs proches, tout en accordant davantage d'importance aux activités de collaboration.

CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS

À la lumière de la problématique des jeunes présentant des TM et un besoin de protection, il va de soi de se questionner sur la réalité québécoise des activités de collaboration entre les différents services offerts à ces jeunes. Le présent chapitre vise, dans un premier temps, à définir le terme «collaboration» et les bénéfices qui s'y rattachent. Ensuite, les divers services offerts en santé mentale jeunesse dans les CSSS et les CJ sont présentés, en lien avec les mesures et les obligations instaurées depuis le *Plan d'action en santé mentale : La force des liens* (MSSS, 2005) et les nouvelles dispositions de la LPJ (2007). Enfin, les différents facteurs influençant positivement et négativement les activités de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les centres de protection de l'enfance sont exposés.

2.1 LA DÉFINITION DE LA COLLABORATION ET LES BÉNÉFICES ASSOCIÉS

D'entrée de jeu, il importe de définir le terme «collaboration» à la lumière des écrits sur la question. À cet égard, il est essentiel de préciser que la collaboration est un terme qui peut englober une multiplicité de vocables apparentés et synonymes, rendant la compréhension de sa définition difficile. Parmi ceux-ci, les auteurs utilisent fréquemment les concepts de partenariat, de concertation et de coopération. En fait, ces expressions peuvent être considérées comme des moyens utilisés afin de mettre en œuvre la collaboration ou, dit autrement, comme des activités de la collaboration. Plus précisément, Larivière (2001) affirme que la collaboration constitue une démarche essentielle afin de

mettre en œuvre différents modes d'intervention, d'organisation et de structuration, tels que «les mécanismes de concertation, les projets de partenariat, le développement d'un continuum de services, les réseaux intégrés de services, la mise en place d'un guichet unique et la coordination des services par des gestionnaires de cas» (p. 37). Le mot collaboration peut également englober plusieurs composantes du travail en équipe, notamment en ce qui concerne le climat de travail, la place des différents professionnels dans l'équipe et leur identité professionnelle, la structure, la gestion et l'organisation du travail, les dynamiques relationnelles des acteurs impliqués dans les processus de collaboration, ainsi que les différents moyens utilisés afin de mettre en œuvre des activités de collaboration efficaces (Johnson, et al., 2003). Finalement, il importe de noter que dans le système de la santé et des services sociaux actuel, il existe plusieurs formes de collaboration. La collaboration peut donc être qualifiée d'interorganisationnelle, d'interprofessionnelle, de multiprofessionnelle, d'interpersonnelle, de multidisciplinaire et d'interdisciplinaire ou encore d'intersectorielle (Odegard, 2006). Bien que différentes formes de collaboration soient spécifiées dans les écrits, les définitions proposées par les auteurs qui s'intéressent au concept de collaboration englobent, très souvent, toutes les formes de collaboration.

Dans le cadre de ce mémoire, la définition de Wood et Gray (1991) a été retenue. Ces auteurs affirment que :

La collaboration se produit lorsqu'un groupe de personnes concernées par un problème spécifique s'engage dans un processus interactif, et ce, en partageant des règles, des normes et des structures, pour agir ou décider de résultats à propos de ce problème. (traduction libre, p.146)

Plus précisément, Pronovost et Jinchereau (1986) soulignent que les intervenants doivent réussir collectivement à avoir une vue d'ensemble sur un problème donné, pour ensuite décider conjointement de leurs priorités, des solutions possibles, des interventions à réaliser, ainsi que des rôles et des tâches de chacun. Cette définition prend donc en considération les différentes notions reliées au travail d'équipe, qui semblent incontournables dans la réalisation de la présente recherche. Comme la plupart des définitions mises de l'avant dans les écrits, cette définition ne fait pas de distinction entre les différentes formes de collaboration, distinction qui n'a pas été jugée utile dans la réalisation de ce mémoire¹⁰.

Parallèlement à cette définition du concept de collaboration, il importe également d'insister sur les bénéfices qui y sont généralement associés. À cet égard, de nombreux auteurs soulignent que la collaboration peut avoir une influence positive, tant sur le processus d'intervention et les intervenants sociaux que sur les jeunes et leurs familles (Bai, et al., 2009; CAFB, CMHS, SAMHSA et U.S. DHHS, 2009; Chenven, 2010; Hetherington & Baistow, 2001; Iversen, et al., 2007; Larivière, 2001). D'abord, la collaboration permet

¹⁰ Le présent mémoire ne fait pas de distinction entre les différentes formes de collaboration, en raison des résultats qui émergent de la collecte des données réalisée. En fait, au cours des entrevues semi-dirigées, un effort constant a été réalisé afin de faire nommer et décrire les différents types de collaboration, mais les participants décrivaient toujours la collaboration de manière générale.

d'avoir une ouverture d'esprit de la part de chaque partenaire et d'accroître les possibilités de voir émerger de nouvelles idées et solutions, et ce, dans l'optique de répondre aux besoins spécifiques de la personne aidée (Bai, et al., 2009; Iversen, et al., 2007; Larivière, 2001). De plus, certaines études indiquent que la collaboration a pour effet la réduction du stress et de l'anxiété chez les intervenants (Chenven, 2010; Hetherington & Baistow, 2001). Ainsi, en travaillant en équipe, les intervenants sociaux peuvent se sentir plus soutenus par leurs collègues, car ils travaillent tous sur la même situation problématique en partageant chacun leur expertise.

D'autre part, le rapport commun de quatre grandes institutions américaines de santé mentale a fait la démonstration des bienfaits des systèmes de services intégrés et des activités de collaboration chez les familles et leurs jeunes présentant des TM ou d'autres problématiques liées, par exemple, à un besoin de protection, à l'abus de substance ou à la délinquance (CAFB, CMHS, SAMHSA et U.S. DHHS, 2009). Le tableau 1 fait une synthèse de ces nombreux bienfaits. Chez les jeunes présentant des TM, ces bienfaits concernent principalement leur fonctionnement cognitif et social. Chez les parents ou le tuteur des jeunes, ces bienfaits se rapportent tant à une diminution du fardeau dans la prise en charge de leurs jeunes qu'à une diminution des jours non travaillés en raison de la problématique de ces derniers.

Tableau 1
Bienfaits des systèmes de services intégrés et de la collaboration sur les jeunes et leurs familles

Bienfaits en fonction de la cognition du jeune présentant un TM	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des forces et des compétences comportementales et émotionnelles; • Diminution des symptômes de dépression et d'anxiété; • Amélioration des problèmes émotionnels et comportementaux; • Amélioration des capacités adaptatives chez les jeunes enfants.
Bienfaits par rapport au fonctionnement social du jeune présentant un TM	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du fonctionnement social, tant à la maison que dans leur entourage; • Meilleurs résultats scolaires; • Augmentation de la présence en classe et de l'obtention d'un diplôme; • Meilleure stabilité de leur situation de vie (à la maison ou lors de placement); • Diminution du recours au système de justice pénale pour adolescents; • Moins d'interruption dans leurs activités quotidiennes dues à leurs TM, donc plus de concentration et d'attention.
Bienfaits perçus chez les parents ou le tuteur du jeune	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des forces et des compétences comportementales et émotionnelles; • Diminution du fardeau associé à la prise en charge d'un jeune atteint de TM; • Amélioration de leurs situations au travail, incluant une diminution de journées de travail manquées en raison des problèmes de leurs jeunes.

Bref, compte tenu des nombreux bénéfices associés aux pratiques de collaboration, tant pour les intervenants sociaux et leurs organisations que pour les jeunes et leurs familles, il semble pertinent de se questionner sur les différents services offerts en santé mentale jeunesse dans les CJ et les CSSS du Québec. Afin d'introduire ce thème central à la présente étude, la prochaine section fera état de l'évolution de ces services depuis les années 2000.

2.2 L'ÉTAT ACTUEL DES SERVICES SOCIAUX EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE DANS LES CJ ET LES CSSS

Depuis la publication de nombreux rapports et plans d'action (Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, 2004; CTSMJCJ, 2007; MSSS, 2005), ainsi que l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LPJ (2007), plusieurs transformations ont eu lieu concernant les rôles et les responsabilités des établissements du réseau québécois, notamment en ce qui a trait aux jeunes ayant des TM. En effet, tous ces travaux ont comme visée de mettre en évidence l'importance de la collaboration, afin d'établir un continuum au sein des services spécialisés pour les jeunes présentant des TM et leurs familles. Selon Larivière (2001), par les activités de collaboration et l'amélioration d'un continuum dans les services, le réseau devrait être en mesure de réduire les zones grises qui font en sorte que les jeunes vivant des situations plus complexes ont de la difficulté à recevoir les services appropriés. Ces changements s'inscrivent également dans la Réforme Couillard (projet de Loi 25, en 2003)¹¹, qui a entraîné la réorganisation du système de santé et de services sociaux en un système intégré et hiérarchisé. Les prochains paragraphes font donc état des principaux changements survenus en ce qui concerne les organisations et la pratique clinique à la suite

¹¹ Projet de Loi 25 (2003) :

À la suite de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en décembre 2003, les nouvelles agences ont eu pour mission de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services. En date du 23 juin 2004, le paysage institutionnel et territorial du réseau de la santé et des services sociaux s'est substantiellement modifié par la création de 95 réseaux locaux. (Gouvernement du Québec, 2004, p.5)

de la publication du *Plan d'action en santé mentale : la force des liens* (MSSS, 2005) et de la mise en vigueur des modifications à la LPJ (2007).

D'abord, dans le *Plan d'action en santé mentale : la force des liens* (2005), le MSSS soutient que les activités de collaboration entre les intervenants sont des gages de succès pour l'ensemble des objectifs : surtout si ces activités sont réalisées dans le respect des approches et des valeurs de chacun (MSSS, 2005). En fait, ce plan d'action donne le mandat aux agences de santé et des services sociaux d'accroître la collaboration entre les services de 1^{ère} ligne et d'intensifier les mécanismes locaux de dispensation des soins réalisés en collaboration (Robitaille & Boudreault, 2009). Dans cette perspective, différentes stratégies d'intervention ont été mises sur pied, notamment la création d'équipes de deuxième niveau avec une expertise en santé mentale en hébergement dans les CJ (unité d'encadrement intensif¹²) (MSSS, 2005; Nadeau, et al., 2008; Pouliot-Lapointe, et al., 2006) et l'accroissement de l'utilisation des plans d'intervention individualisés (PSI) et des équipes d'intervention jeunesse (EIJ). L'offre de services en santé mentale jeunesse des CSSS s'est également modifiée depuis l'adoption de ce plan d'action.

Puisque la présente structure des services de santé et de services sociaux au Québec est directement en lien avec la hiérarchisation des services, il existe une seule porte d'entrée

¹² À noter que le nom de ces équipes de deuxième niveau avec une expertise en santé mentale dans les CJ peut varier d'une région administrative à une autre.

aux services du CSSS: le guichet d'accès unique (mission CLSC). Il est à noter que les modalités d'accès et de fonctionnement peuvent varier d'une région à une autre. Ainsi, toute personne faisant une demande d'aide au CSSS (via le CLSC) doit présenter celle-ci au guichet d'accès unique, où une analyse globale de la situation est effectuée afin de déterminer si la personne a besoin de services psychosociaux généraux, de services pour les jeunes en difficulté ou encore d'être référée directement au guichet d'accès aux services santé mentale jeunesse en 1^{re} ligne (services généraux) ou 2^e ligne (services spécialisés, ex. : hospitalisation). Lorsqu'une demande survient au guichet d'accès aux services santé mentale en 1^{re} ligne, une évaluation est réalisée afin d'orienter le jeune vers un traitement et un suivi en 1^{re} ligne ou encore, si les besoins sont plus importants, en 2^e ligne. Il est à noter que si les médecins ont déjà établi un diagnostic de TM ou encore si d'autres programmes du CSSS ou d'autres partenaires, tels que le CJ et le CRDITED, ont besoin d'expertises complémentaires à leurs services, ils ont une entrée directe au guichet d'accès de santé mentale en 1^{re} ligne et en 2^e ligne, sans avoir à passer par le guichet unique, car l'évaluation initiale des TM a déjà été réalisée (Direction des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2007). Le tableau 2 dresse, plus spécifiquement, la liste des services qui doivent être disponibles dans chaque CSSS du Québec pour les jeunes ayant des TM. Il énumère les services de 1^{re} ligne destinés aux jeunes en difficulté sans TM et aux jeunes ayant un TM, ainsi qu'à leurs familles. Enfin, les services de 2^e ligne et de 3^e ligne sont présentés pour les jeunes ayant des TM plus complexes, souvent concomitants ou reliés à d'autres problématiques.

Tableau 2
Gamme de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes

Niveaux de services	Gamme de services
1^{re} ligne	<p>Jeunes en difficulté</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion d'information sur la promotion/prévention; ▪ Activités de prévention /promotion; ▪ Accueil et évaluation globale des besoins (médicaux et psychosociaux); ▪ Dépistage et intervention précoce; ▪ Intervention en situation de crise dans le milieu de vie des jeunes, incluant la prévention du suicide et l'aide aux familles. <hr/> <p>Enfants et jeunes ayant un TM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation, diagnostic et impression diagnostique, orientation, traitement, suivi thérapeutique; ▪ Services d'hébergement/crise suicidaire; ▪ Services d'expertise-conseil auprès des services dont la santé mentale n'est pas le mandat principal; ▪ Services d'intégration au travail et soutien aux études. <hr/> <p>Soutien aux familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins globaux; ▪ Services de répit-dépannage; ▪ Soutien et services d'entraide destinés aux parents et formation des parents.
2^e ligne	<p>Enfants et jeunes ayant un TM, des troubles concomitants ou une autre problématique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation et diagnostic; ▪ Traitement des personnes ayant les symptômes les plus graves; ▪ Hôpital de jour et de soir en pédopsychiatrie et adopsychiatrie; ▪ Hospitalisation de courte durée en pédiatrie; ▪ Hospitalisation comme mesure d'exception (observation, stabilisation, traitement); ▪ Réadaptation spécialisée; ▪ Services d'hébergement et de réadaptation en santé mentale; ▪ Activités de soutien et de réadaptation en CJ; ▪ Services de consultation-liaison et d'expertise-conseil auprès des intervenants de 1^{re} ligne, du milieu scolaire, des centres jeunesse, des omnipraticiens, des pédiatres et des établissements de 2^e ligne n'ayant pas la santé mentale comme mandat principal; ▪ Formation et enseignement.
3^e ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation et traitement ultraspécialisés; ▪ Hospitalisation surspécialisée; ▪ Hébergements ultraspécialisés en santé mentale; ▪ Réadaptation surspécialisée; ▪ Support aux intervenants en 2^e ligne; ▪ Formation et enseignement.

Source : Direction des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2007, p. 22).

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les jeunes présentant des TM disposent des services de 1^{re} et de 2^e ligne. Un soutien familial est également offert aux parents de ces jeunes. Pour recevoir des services de 3^e ligne, ils doivent toutefois se rendre dans la région de Québec ou de Montréal.

Par ailleurs, dans une optique d'améliorer la continuité des services et la stabilité des jeunes placés, la LPJ a fait l'objet de plusieurs modifications en 2007. Ces nouvelles dispositions insistent, notamment, sur la nécessité de mettre davantage à contribution les partenaires du réseau, afin que tous développent une responsabilité collective de la protection de la jeunesse. Ainsi, ce changement met particulièrement l'accent sur l'importance des activités de collaboration entre le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les milieux scolaires (Bentayed, 2010). Plus particulièrement, l'article 54 de la LPJ (2007) prévoit :

Que le DPJ doit faire appel aux personnes ou organismes et doit s'assurer que les services demandés soient dispensés à l'enfant et/ou aux parents. Ces dispositions s'appliquent aussi bien dans le cadre des mesures volontaires que pour les mesures ordonnées. Tel est le cas de l'ordre d'hébergement où le DPJ doit désigner le lieu et en vérifier les conditions (art. 62). De leur côté, les personnes, établissements et organismes (milieu scolaire, centre de réadaptation, centre d'hébergement, centre hospitalier, etc.) à qui le DPJ s'adresse doivent collaborer pour exécuter les mesures (art. 55 et 62). (Goyette, et al., 2011, p.226-227)

Par conséquent, ces modifications ont eu pour effet de provoquer plusieurs changements des pratiques professionnelles en CJ et dans les CSSS, lors d'activités de collaboration, telle qu'une augmentation des PSI et des transferts personnalisés¹³. Le transfert personnalisé¹⁴ peut survenir, soit à la demande du CJ, soit à la demande du CSSS, et ce, dans quatre contextes : (a) autosignalements non retenus (ceux-ci sont faits par un parent); (b) signalements non retenus¹⁵, qui peuvent comprendre des placements de moins de six mois, des situations de fin de compromission, des situations de tutelle et les fermetures de dossiers après une évaluation; (c) mesures volontaires traduites par des besoins de services complémentaires; (d) mesures ordonnées par un juge (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007). Notons qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le nombre de transferts personnalisés va en augmentant depuis quelques années, passant de 98 en 2008-2009 à 123 en 2010-2011 (Martel, 2012).

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que les transferts personnalisés étaient inscrits aux recommandations du CTSMJCJ (2007). Entre autres, le comité demandait que la collaboration soit réalisée dans une logique de responsabilité partagée, telle que dictée par la nouvelle LPJ. De plus, le comité faisait spécifiquement référence aux transferts

¹³ Par transfert personnalisé, les CJ et les CSSS entendent : «Avec l'accord de l'enfant et de sa famille et après entente avec le représentant du partenaire, une rencontre est organisée par l'intervenant déjà impliqué pour introduire l'enfant et sa famille auprès du nouvel intervenant et pour assurer une continuité au niveau des interventions» (Centres de santé et de services sociaux de Montréal; Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw; Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008, p.3).

¹⁴ Pour en savoir davantage sur le parcours des transferts personnalisés, il est possible de se référer à l'annexe B.

¹⁵ Les dossiers ne sont plus traités en vertu de la LPJ, mais avec la LSSSS.

personnalisés pour orienter les jeunes et leurs familles vers les services de 1^{re} ligne des CSSS, lorsque les services de 2^e ligne ne sont plus nécessaires¹⁶, et ce, conformément au *Plan d'action en santé mentale : la force des liens* (MSSS, 2005).

2.3 LES DÉTERMINANTS DE LA COLLABORATION

De toute évidence, les services offerts par les CJ et les CSSS sont d'une importance capitale pour les jeunes présentant des TM et leurs familles, mais ils ne sauraient s'harmoniser sans une collaboration étroite de la part de toutes les organisations impliquées. Donc, la prochaine section aborde les facteurs pouvant influencer positivement les activités de collaboration, qu'ils soient liés aux intervenants sociaux ou au contexte organisationnel. Mieux documentés, les facteurs d'influence négative aux activités de collaboration entre les services de protection de la jeunesse et de santé mentale jeunesse sont explorés dans un deuxième temps. Cette deuxième section est donc d'une ampleur plus importante.

¹⁶ Exemple : d'une unité d'encadrement intensif du CJ vers un suivi en santé mentale jeunesse en CSSS au CLSC de 1^{re} ligne.

2.3.1 Les facteurs d'influence positive

2.3.1.1 *Les facteurs reliés aux intervenants sociaux*

2.3.1.1.1 L'importance du travail d'équipe

Selon Johnson et al. (2003), le facteur de succès d'une collaboration le plus important est, sans contredit, le désir de travailler ensemble de façon régulière sur une problématique définie et ce, dans l'intérêt des jeunes et de leurs familles. Cette importance de développer un bon travail d'équipe est en accord avec les nouvelles pratiques instaurées par le système de gestion des services intégrés. Ces nouvelles pratiques se traduisent par les principes suivants : (a) se centrer sur les besoins des jeunes et de leurs familles; (b) partager une vision commune des besoins, des ressources et des priorités; (c) reconnaître les compétences professionnelles de chaque membre de l'équipe; et (d) développer des approches communes pour l'évaluation (Larivière, 1998-1998). À cela, Larivière (1998-1999) ajoute que la collaboration doit se développer sur le terrain et de manière quotidienne. Ainsi, les intervenants sociaux doivent avoir en tête que le fait de travailler en équipe est nettement plus efficace que de travailler seul (Johnson, et. al, 2003; Goyette, Bouffard & Larivière, 2000). Évidemment, la notion de consensus doit être omniprésente dans tout le processus d'intervention, tant lors de l'évaluation du fonctionnement social, de l'établissement du plan d'intervention et de la révision de celui-ci. Par contre, il ne suffit pas d'avoir un consensus pour que la collaboration se déroule bien; les intervenants sociaux doivent avoir une réelle volonté de se mobiliser, de s'impliquer et de s'engager dans un tel processus (Goyette, Bouffard & Larivière, 2000).

Toutefois, bien qu'ils poursuivent essentiellement les mêmes objectifs, il est souhaitable que les différents professionnels partagent leurs compétences et leur savoir-faire, selon leurs différentes expertises (Janssens, et al., 2010). En effet, il importe qu'une certaine complémentarité s'établisse entre les différents membres de l'équipe d'intervention. Ainsi, les collaborateurs sont en mesure de se soutenir lors de difficultés, mais également dans leurs tâches et leurs rôles respectifs. Enfin, en travaillant avec plusieurs professionnels à la fois, les intervenants sociaux sont en mesure d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, en plus de pouvoir intervenir plus efficacement (Goyette, et al., 2011).

2.3.1.1.2 La communication

Selon la littérature, une bonne communication est un gage de succès lors d'activités de collaboration. À la base, les informations échangées doivent être claires, exactes et véridiques (Johnson, et al., 2003). Par contre, ce n'est pas tout d'échanger des informations, celles-ci doivent être écoutées et comprises (Goyette, et al., 2000; Johnson, et al., 2003; Larivière, 2001).

Afin de faciliter la communication entre les établissements, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de développer un langage commun, spécifique aux services de santé mentale jeunesse et aux centres de protection de l'enfance (Bai, et al., 2009; CTSMJCJ,

2007; Janssens, et al., 2010; Larivière, 1998-1999; Levitt, 2009). Pour ce faire, plusieurs auteurs proposent de mettre de l'avant des outils standardisés et communs pour l'identification des TM, l'évaluation, la réalisation du plan d'intervention et le bilan de l'intervention (Bai, et al., 2009; CTSMJCJ, 2007; Larivière, 1998-1999; Levitt, 2009; Pumariega et al. 2003). Par la suite, ces mêmes auteurs suggèrent fortement de mettre sur pied des formations communes, afin que tous les intervenants sociaux impliqués soient au courant des mêmes informations, de leurs tâches et de leurs rôles respectifs, ainsi que des outils d'intervention communs ou complémentaires à leurs pratiques. Qui plus est, les répondants de l'étude sur l'entente-cadre CLSC-CJ de Larivière (1998-1999) insistent sur l'efficacité des communications en précisant l'importance de faire circuler les bonnes informations à travers tous les niveaux des organisations : des cadres vers les chefs de service, et des chefs de service vers les intervenants sociaux.

En outre, l'aménagement de rencontres régulières, officielles et prédéterminées peut également être bénéfique dans le processus de collaboration (AACAP, 2007; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Larivière, 1998-1999; Rousseau, et al., 2007). Évidemment, pour être en mesure de faire des rencontres régulières, les intervenants doivent être disponibles à y participer, une responsabilité qui incombe aux gestionnaires, qui peuvent libérer leurs intervenants ou alléger leurs tâches de travail à cette fin (Dagenais, et al., 2006; Larivière, 1998-1998; 2001).

2.3.1.1.3 La connaissance et la compréhension des contextes d'intervention et organisationnels

Pour Stiffman et al. (1997), il est d'une importance capitale que les intervenants sociaux de tous les services destinés aux jeunes en difficulté et à leurs familles soient renseignés sur l'évaluation et les diagnostics des TM, sur les conséquences de ceux-ci, sur les services offerts et disponibles, ainsi que sur les procédures de références entre les établissements. À cela, certains auteurs ajoutent que les intervenants des centres de protection de l'enfance doivent aussi être en mesure d'identifier les difficultés psychologiques de l'enfant, en bas âge, afin de prévenir le développement de TM (Despinoy, 2010; Dumas, 2007; Tarren-Sweeney, 2008). Au Québec, le CTSMJCJ (2007) a proposé que tous les intervenants sociaux des CJ :

[...] reçoivent une formation leur permettant d'acquérir les habiletés nécessaires à l'intervention individuelle et les compétences spécifiques de réadaptation, dans le cadre de programmes d'intervention adaptés à des jeunes présentant des troubles mentaux, et ce, selon les prévalences constatées. La formation devra comporter des aspects ayant trait aux valeurs et aux croyances relatives à la maladie mentale et viser l'acquisition de connaissances sur le dépistage des jeunes qui souffrent de troubles mentaux, sur les manifestations des différents troubles mentaux et sur la médication, particulièrement celle relative au trouble déficitaire de l'attention. (p.19)

Par ailleurs, les connaissances des intervenants à propos de tout le réseau de la santé et des services sociaux influencent largement l'utilisation des services, de même que leur qualité et leur efficacité (AACAP, 2007). Les intervenants sociaux doivent donc être en mesure de connaître et être familiers avec les offres de services et les systèmes

administratifs de celles-ci, les mandats et responsabilités de chacun, les politiques, les procédures, le langage technique et la culture organisationnelle des établissements collaborateurs (AACAP, 2007, Horwath & Morrison, 2007; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Goyette, et al., 2000; Larivière 1998-1999). Ainsi, pour améliorer les connaissances liées au contexte organisationnel des différents établissements, ces mêmes auteurs accordent une importance particulière à la réalisation d'une rencontre d'informations entre les différents services destinés aux jeunes. De plus, Janssens et al. (2010) ajoutent que le fait que les intervenants se connaissent davantage entre eux et dans leurs milieux de travail facilite grandement la communication et le partage d'informations.

2.3.1.1.4 Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux

Aux yeux de plusieurs auteurs, le facteur le plus important pour établir une collaboration positive concerne le développement d'un lien et d'un climat de confiance entre les partenaires. En effet, faire confiance, ainsi que respecter l'autre dans son expertise professionnelle et ses approches, sont des facteurs jugés très bénéfiques dans un processus de collaboration (Horwath & Morrison, 2007; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Larivière & Ricard, 2003; MSSS, 2005; Robitaille, et al., 2009; Wimpfheimer, et al., 1990). Tel que D'Amour (2005) le précise, la véritable collaboration est issue d'une confiance partagée, tant de la part des intervenants que des gestionnaires. Cependant, tous les changements dans les pratiques professionnelles, comme cela a été le cas avec les modifications de la LPJ et le PASM (2005), demandent de la part des différents

établissements du temps, des efforts (D'Amour, 2005; Larivière, 2007) et de la patience, et ce, tant de la part des intervenants sociaux que des gestionnaires (Robitaille & Boudreault, 2009).

Pour certains auteurs, les caractéristiques reliées au savoir-être des intervenants ont une influence directe sur la cohésion d'une équipe d'intervention et la collaboration (Goyette, et al., 2000; Goyette, et al., 2011; Johnson, et al., 2003). D'abord, un intervenant démontrant une grande ouverture d'esprit et beaucoup de respect envers ses collègues lors d'activités de collaboration facilite la création de liens interpersonnels avec les autres membres de l'équipe (Goyette, et al., 2000; Goyette, et al., 2011). Évidemment, ce respect est essentiel afin de développer des relations de travail harmonieuses et continues (Janssens, et al., 2010). De plus, cette ouverture peut être bénéfique quand vient le temps de clarifier les rôles et les attentes des autres intervenants en début de processus de collaboration (Janssens, et al., 2010), surtout lorsque ceux-ci ne peuvent pas faire preuve de souplesse ou qu'ils ne peuvent dépasser leur mandat pour des raisons légales (Dagenais, et al., 2006). L'intervenant est donc en mesure de prouver qu'il respecte les opinions et l'appartenance professionnelle des membres de l'équipe. Pour Johnson et al. (2003), le respect se traduit par le fait de ne pas médire sur les autres organisations et leurs intervenants, en plus de ne pas prendre tous les crédits de la réussite d'une intervention. Enfin, plusieurs auteurs soulignent que lorsque l'intervenant croit fermement au pouvoir et aux bienfaits de la collaboration et qu'il a eu des expériences positives de travail d'équipe

dans le passé, celui-ci sera plus enclin à vouloir retravailler avec d'autres professionnels (Goyette, et al., 2000; Goyette, et al., 2011; Janssens, et al. 2010; Johnson, et al., 2003). En somme, Larivière (2007) précise que :

La collaboration [...] exige des personnes capables de dépasser les pratiques spécifiques à leur profession et prêtes à s'engager hors des sentiers battus. Une attitude d'échanges et de travail en commun permet alors d'assurer plus facilement aux clients la complémentarité des services requis par leur situation. (p.46)

2.3.1.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel

2.3.1.2.1 La gestion administrative

Pour diminuer la tâche de travail des intervenants sociaux et pour leur donner le temps nécessaire afin de s'engager assidûment dans un processus de collaboration, il devient souvent nécessaire d'engager du personnel supplémentaire (Dagenais, et al., 2006; Larivière, 1998-1999) ce qui nécessite des investissements. Ces fonds doivent également servir à développer des formations et des programmes d'intervention afin de favoriser la collaboration entre les établissements œuvrant auprès des jeunes qui présentent des TM et des besoins de protection (CTSMJCJ, 2007; Eggertson, 2005; Johnson, et al., 2003; Larivière, 2001; Levitt, 2009; Pumariega et al, 2003).

2.3.1.2.2 Le soutien de la part des gestionnaires

D'abord, il importe de mentionner qu'un «engagement ferme de la direction constitue une condition essentielle pour que la collaboration [...] devienne un processus reconnu et que les intervenants modifient en conséquence attitudes et interventions » (Larivière, 2007, p. 46). Ainsi, les gestionnaires doivent démontrer du «leadership» afin de motiver et d'inciter leurs intervenants à utiliser davantage des activités de collaboration dans leurs interventions (Axelsson & Axelsson, 2006; Goyette, et al., 2000; Huxham, 2003; Larivière, 2001). Ils doivent également reconnaître qu'un travail de collaboration constitue un atout, particulièrement dans les interventions pour les jeunes qui présentent des TM et des besoins de protection. Pour leur part, Johnson et al. (2003) proposent de développer une approche proactive de communication entre les différents partenaires, donc de créer des opportunités de communication par des rencontres d'équipe régulières, des appels téléphoniques, des lettres et des courriels, ainsi que des réseaux informels de communication, tout comme des midis-conférences. Enfin, un dialogue continu est à privilégier entre les partenaires (Cottrel, et al., 2000), entre autres pour aider les intervenants à travailler avec un esprit d'échange, de négociation, de partenariat et de concertation (Larivière, 2007; Rousseau, et al., 2007).

Qui plus est, Johnson et al. (2003) ajoutent que le soutien adéquat et méticuleux de la part des gestionnaires est un ingrédient essentiel à une collaboration réussie. D'abord, pour Johnson et al. (2003), les organisations doivent aider leurs intervenants à atténuer leurs possibles craintes face à d'éventuels changements de structure organisationnelle et de

pratiques collaboratives provoquées par de nouvelles lois et de nouveaux programmes sociaux. Ces craintes peuvent être engendrées par le fait de devoir changer ses méthodes de travail ou ses approches d'intervention. Cette préparation à de nouveaux processus de collaboration doit être amorcée par des formations communes, afin de permettre aux intervenants sociaux d'être mieux informés sur ces changements, et ce, dans le but de diminuer leur résistance par rapport à ceux-ci (Johnson, et al., 2003; Larivière, 2001; 2007; Rousseau, et al., 2007).

Le soutien des gestionnaires est également primordial en cas de situations de conflits et de mécontentes entre intervenants collaborateurs (Johnson, et al., 2003). Donc, un mécanisme commun de résolution de conflits doit être mis en place pour les différentes organisations. À cet effet, Levitt (2009) suggère la désignation d'agents de liaison (intervenants pivots) dans les services de santé mentale jeunesse et dans les centres de protection de l'enfance. Bien entendu, cet agent doit également faire le pont entre les deux organisations lors de situations de références personnalisées et d'échange d'informations, de planification de rencontres d'équipe et de soutien clinique.

Enfin, pour plusieurs auteurs, le soutien se traduit par la volonté pour les dirigeants et les gestionnaires de développer des ententes formelles¹⁷ de services entre les partenaires

¹⁷ Les guides de partenariat peuvent également être inclus dans les ententes de services.

(Bai, et al., 2009; Goyette, et al., 2011; Hurlburt, et al., 2004; Larivière, 2001; Levitt, 2009). Selon ces auteurs, une entente de services est le point central pouvant aider à améliorer la collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les centres de protection de l'enfance. Par ces ententes de services, les intervenants sociaux peuvent avoir accès plus rapidement à des services spécifiques pour un jeune et sa famille (Cottrel, et al., 2000). Ces ententes ont également pour effet de favoriser le partage d'informations justes, d'améliorer les systèmes de références entre les établissements et, ainsi, elles renforcent la communication et les relations entre les milieux (Bai, et al., 2009; Hurlburt, et al., 2004). À travers ces contacts, les intervenants des centres de protection de l'enfance et des services de santé mentale jeunesse sont en mesure de parfaire leurs connaissances en santé mentale jeunesse et, par conséquent, de contribuer au dépistage et au traitement précoce des jeunes présentant des TM et recevant les services de la protection de l'enfance (Hurlburt, et al., 2004). Par le fait même, le développement d'ententes de services s'inscrit dans une logique de responsabilités partagées pour la protection des jeunes, en acquérant une meilleure répartition des pouvoirs lors d'activités de collaboration et une appréciation des méthodes d'intervention divergentes des autres établissements (CTSMJCJ, 2007; Wimpfheimer, et al., 1990).

En somme, l'essentiel pour les organisations est de comprendre la nécessité de collaborer afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins des jeunes présentant des TM et un besoin de protection. Les établissements en santé mentale jeunesse et en

protection de l'enfance doivent démontrer un désir réel de travailler autrement pour améliorer les services et la qualité de vie de ces jeunes (Goyette, et al., 2000). Par ailleurs, le tableau 3 présente les principaux facteurs pouvant influencer les activités de collaboration de manière positive, concrète et pragmatique.

Tableau 3
Les facteurs influençant positivement les activités de collaboration

Facteurs reliés aux intervenants sociaux	Dimensions
L'importance du travail d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer un désir de travailler ensemble sur une base régulière; • Comprendre et intégrer la notion de consensus dans sa pratique; • Démontrer une réelle volonté de se mobiliser, de s'impliquer et de s'engager dans les activités de collaboration; • Comprendre et intégrer la notion de complémentarité dans les équipes de travail.
La communication	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les informations claires, honnêtes et franches; • Démontrer une bonne écoute; • Développer un langage commun dans les activités de collaboration : <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des outils standardisés et communs pour tous les établissements collaborateurs; ○ Développer des formations communes; • Planifier des rencontres communes régulièrement et les officialiser; • Développer une approche proactive de communication.
La connaissance et la compréhension des contextes d'intervention et organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et comprendre les manifestations des TM et leurs traitements; • Connaître les processus de référence entre les établissements; • Connaître et être familier avec les institutions : les systèmes administratifs, les mandats et responsabilités de chacun, les politiques, les procédures, le langage technique et la culture organisationnelle; • Réaliser des rencontres de connaissance entre les services destinés aux jeunes.
Les caractéristiques associées au savoir-être et au savoir-faire des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer de la confiance envers les autres intervenants; • Démontrer une ouverture d'esprit; • Respecter les autres dans leurs opinions professionnelles; • Croire fermement au pouvoir et aux bienfaits de la collaboration pour réaliser des interventions; • Avoir des expériences antérieures positives de travail en collaboration.

Tableau 3 (suite...)

Facteurs reliés au contexte organisationnel	Dimensions
La gestion administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Libérer des fonds afin de permettre l'embauche d'intervenants supplémentaires, en plus de développer des formations et des programmes d'intervention qui favorisent la collaboration.
Le soutien et l'appui des gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer un engagement ferme dans les processus de collaboration; • Faire preuve de «leadership»; • Reconnaître l'importance du travail de collaboration; • Préparer les intervenants lors de changements administratifs et de pratiques professionnelles; • Mettre en place des mécanismes de résolutions de conflits communs aux établissements collaborateurs; • Embaucher des agents de liaison (intervenants pivots) dans chaque service; • Vouloir développer des ententes de services formelles.

2.3.2 Les facteurs d'influence négative

2.3.2.1 *Les facteurs reliés aux intervenants sociaux*

2.3.2.1.1 La difficulté de travailler en équipe

Afin d'obtenir un bon travail de collaboration, les intervenants sociaux doivent être familiarisés à travailler en équipe. Par contre, si les intervenants ne partagent pas la même définition de la collaboration, leur vision du travail peut également être différente. En effet, Johnson et al. (2003) ont démontré que lorsque les différents membres d'une équipe ont des visions différentes sur les pistes d'actions prioritaires à mettre en place, la collaboration entre ces derniers est plus difficile à établir. Donc, le manque de buts communs peut avoir un impact sur les relations de collaboration et, évidemment, sur l'efficacité de l'intervention avec le jeune et sa famille (Johnson, et al., 2003). Cela a pour effet de rendre difficile l'arrimage entre les services sociaux nécessaires aux jeunes et de favoriser le travail en vase clos, en plus d'occasionner une fragmentation entre ces services (Larivière, 2007; Nadeau, et al., 2008; Rousseau, et al., 2007).

Dans un deuxième temps, le rapport québécois du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004) révèle que les équipes d'intervention jeunesse (EIJ), tant en CSSS qu'en CJ, ont rarement recours

aux PSI¹⁸ et, par le fait même, cela produit un manque évident de continuité dans les interventions. Les membres de ce comité notent également que plusieurs dossiers sont pris en charge par de multiples intervenants et que de nombreuses évaluations sont effectuées sans être suivies par des mesures de soutien appropriées. Donc, les intervenants n'utilisent pas les EIJ à leur pleine capacité en intervention sociale. Pourtant, ces équipes sont disponibles dans une bonne partie des CSSS du Québec. Dans le contexte de ressources d'hébergement spécialisées pour les jeunes présentant des TM, Nadeau et al. (2008) ont observé la même problématique au sujet des PSI. En fait, ces auteurs ont constaté qu'étant donné que les partenaires ne travaillaient pas suffisamment en collaboration étroite, il n'y avait pas d'élaboration systématique de PSI et l'expertise des services spécialisés était fragmentée. Enfin, Dagenais et al. (2006), dans leur étude sur l'évaluation et le suivi des EIJ, ont mis en lumière plusieurs difficultés relatives à l'absence de complicité entre les partenaires, de même que d'entente en matière d'objectifs d'intervention à poursuivre. De manière générale, à la suite de ces écrits, la combinaison de l'ensemble de ces facteurs donne à penser que le risque, pour le jeune et sa famille, de ne pas recevoir les services adéquats au moment requis, est tout de même assez important.

¹⁸ Le plan de service individualisé est :

Un outil clinique qui vise à se donner une lecture commune de la situation d'un usager et qui permet de planifier et de coordonner les interventions qui seront réalisées pour le soutenir dans le rétablissement de son équilibre. C'est un moyen d'organiser les services qui s'élabore et se planifie en équipe, si possible en présence de l'usager qui exprime lui-même ses besoins, ses attentes et qui détermine son projet de vie. C'est une entente écrite qui constitue un engagement pour la personne et pour les intervenants qui y sont associés. (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006, p.4)

2.3.2.1.2 Le manque de communication

Dans une étude réalisée en Ohio, auprès de 33 gestionnaires de neuf agences publiques de santé, services sociaux et d'éducation et de trois agences privées de services sociaux, Johnson et al. (2003) ont ciblé le manque de communication comme facteur d'échec à la collaboration. Plus spécifiquement, ces auteurs, de même que Leslie et al. (2005), notent comme première difficulté de communication le fait que les établissements ne reçoivent pas les informations demandées. Dans le même sens, l'étude de Larivière (1998-1999), portant sur l'entente-cadre «CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient au service des enfants, des jeunes et des familles», observait également, comme obstacles à la communication, des délais de réponses aux demandes et dans la transmission d'informations. Ainsi, il est intéressant de s'interroger sur la disponibilité des intervenants sociaux à communiquer entre eux, soit parce qu'ils ont de la difficulté à se rejoindre ou en raison d'un manque de temps pour échanger compte tenu de leur surcharge de travail (Johnson, et al., 2003). À ce sujet, l'étude de Goyette et al. (2000), qui portait sur quatre projets de concertation et de partenariat réalisés au CJ de Montréal, a révélé que l'organisation du travail en CJ, pendant cette période, ne permettait pas de donner beaucoup de disponibilité aux intervenants sociaux pour participer et s'impliquer dans des processus de collaboration.

Deuxièmement, plusieurs auteurs déplorent l'inexistence d'une banque de données cliniques centrale, qui serait accessible aux intervenants de tous les établissements d'une

région donnée (AACAP, 2007; Bai, et al., 2009; CCSSEJF, 2004; Larivière, 1998-1999; Pumariega, et al., 2003). Si les organisations avaient la même banque de données, ces auteurs sont d'avis que les informations circuleraient plus facilement d'un intervenant à un autre. Par contre, ces derniers précisent que ce système peut soulever des questionnements au sujet de l'éthique professionnelle, de la confidentialité et du secret professionnel (AACAP, 2007; Bai, et al., 2009; Larivière, 1998-1999; Pumariega, et al., 2003). Selon ces auteurs, un tel système d'informations partagées doit effectivement être utilisé avec prudence et parcimonie par les intervenants. Ainsi, ils doivent faire preuve de vigilance et d'un bon jugement professionnel, afin d'aller chercher seulement les informations pertinentes à leurs interventions.

Finalement, une autre difficulté de communication importante entre les organisations réside dans le fait que celles-ci emploient des langages professionnels différents (CCSSEJF, 2004; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Leslie, et al., 2005). À titre d'exemple, Larivière (1998-1999) a observé que les définitions de volontariat et de protection ne sont pas comprises de la même manière de la part des intervenants qui œuvrent dans les CJ et ceux des CLSC. Ainsi, les intervenants sociaux du CSSS ayant participé à cette étude démontraient de l'incompréhension face aux motifs de rétention ou de non-rétention d'un signalement (Larivière, 1998-1999). De plus, l'absence d'outils d'évaluation et d'identification communs est aussi ciblée comme

un facteur susceptible d'avoir une influence sur la compréhension des langages utilisés par les établissements (CCSSEJF, 2004).

2.3.2.1.3 Le manque de connaissances et de compréhension à propos des contextes d'intervention et organisationnels

Tout d'abord, il importe de noter que certaines recherches démontrent un manque de formation et de connaissances chez les intervenants des centres de protection de l'enfance au sujet des TM (Chabrol, 2011; Cosgrave, et al., 2008; Leslie, et al., 2005; Stiffman, et al., 1997; Tarren-Sweeney, 2008), de même qu'une rareté d'expertise en santé mentale jeunesse dans tout le système de santé et de services sociaux (Burns, et al., 2004; CCSSEJF, 2004; Dumas, 2007; Koppelman, 2004; Leslie, et al., 2005; Levitt, 2009; Nadeau, et al., 2008; Webb & Harden, 2003). Ce manque de connaissances aurait une incidence directe sur les activités de collaboration, en raison de la difficulté, chez les intervenants, à reconnaître les TM et à bien les identifier (Burns, et al., 2004; Darlington, Feeney, & Rixon, 2004; Dumas, 2007; Horwitz & Hoagwood, 2002; Leslie, et al., 2005; Levitt, 2009; Nadeau, et al., 2008; Webb & Harden, 2003). Cela peut donc engendrer des relations conflictuelles entre les partenaires ou une absence de consensus par rapport au diagnostic du jeune et sur la manière de répondre adéquatement aux besoins spécifiques de ce dernier (Darlington, et al., 2004; Levitt, 2009; Stiffman, et al., 1997). Tel que le précise Dumas (2007), il est très important pour les intervenants sociaux de bien connaître les TM, les différents stades de développement des enfants et des

adolescents, en plus de reconnaître les aspects multiples des comportements généralement considérés comme pathologiques. Sans ces connaissances, ils risquent de ne pas reconnaître adéquatement les manifestations des TM, et, ainsi, de retarder la prise en charge d'un jeune présentant cette problématique.

Par ailleurs, en ce qui concerne la connaissance et la compréhension du contexte organisationnel, bon nombre d'auteurs notent une confusion entre les organisations à propos de la clarté de leurs missions, de leurs mandats et de leurs rôles respectifs (Dagenais, et al., 2006; Cottrel, et al., 2000; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Larivière, 1998-1999; Quinn & Cumblad, 1994; Rousseau, et al., 2007). En effet, l'étude belge de Janssens et al. (2010), qui regroupait huit groupes de discussion de 10 participants chacun¹⁹, a fait ressortir que les professionnels des deux types d'établissements à l'étude, soit les services de pédopsychiatrie et les centres de protection de l'enfance, s'accusaient mutuellement d'avoir une vision inexacte des tâches et responsabilités incombant à leur organisation. Au Québec, Goyette, Turcotte et Bentayed (2011), dans le cadre d'une large étude concernant l'implantation des modifications à la LPJ, se sont intéressés à la perception des employés²⁰ du CJ à l'égard de la collaboration. Lors des entrevues de recherche, plusieurs participants à l'étude²¹

¹⁹ Trois groupes étaient formés d'intervenants sociaux de services pédopsychiatriques et les cinq autres d'intervenants sociaux des centres de protection de l'enfance.

²⁰ Des intervenants sociaux, des chefs de services et des directeurs des centres jeunesse. En tout, 50 entrevues ont été réalisées.

²¹ Malheureusement, la proportion des participants qui affirmaient ces éléments n'était pas précisée dans la recherche de Goyette, Turcotte et Bentayed (2011).

ont alors souligné que leurs partenaires méconnaissaient certaines des modifications de la LPJ, de même que les changements de pratiques qui en découlent en CJ. À la suite de ces changements, ces participants des CJ ont noté qu'il était parfois difficile, pour les gestionnaires des CSSS et leurs intervenants, de bien comprendre les rôles et les tâches que les intervenants des CSSS devaient désormais accomplir, ce qui pouvait générer un climat de tensions et de conflits (Goyette, et al., 2011). Les résultats de cette étude doivent cependant être interprétés avec prudence, dans le contexte où seuls les intervenants des CJ ont été appelés à donner leur point de vue sur la collaboration. Il aurait été intéressant de s'intéresser à la perception des intervenants des CSSS sur les mêmes aspects. En effet, il est possible de croire que cette méconnaissance mutuelle peut avoir comme effet de créer une distance entre les différents services, ce qui fait en sorte que les intervenants tendent à moins aller vers des services complémentaires à leurs interventions.

2.3.2.1.4 Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux

Les études sur la collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et la protection de l'enfance prennent rarement en compte les attitudes négatives reliées au savoir-être des intervenants. Or, les rares études sur la question soulignent que les malentendus par rapport à la mission des organisations, les attitudes négatives et les préjugés peuvent avoir des conséquences très négatives sur l'ouverture des partenaires à collaborer et sur l'efficacité de la communication lors des activités de collaboration

(Larivière, 1998-1999). À cet égard, Larivière (1998-1999) affirme qu'il ne faut pas s'étonner de voir les intervenants des CSSS et des CJ adopter une attitude défensive lorsqu'il y a des confusions dans les rôles et les responsabilités des partenaires. Ce type d'attitude serait d'autant plus présent lorsque les intervenants sociaux ont le sentiment de faire l'objet de préjugés. Ce constat a notamment été mis en relief dans l'étude de Goyette et al. (2011), dans laquelle les intervenants des CJ interrogés ont mentionné qu'ils percevaient des préjugés et des croyances erronées à propos des services qu'ils offraient aux jeunes et aux familles dans un contexte de protection de la jeunesse.

Dans le même sens, l'étude de Janssens et al. (2010) a révélé que les intervenants des centres de protection de l'enfance se sentaient sous-estimés par leurs collègues en santé mentale jeunesse, et ce, tant en ce qui concernait leurs rôles que leurs compétences professionnelles. Ces intervenants demandaient tous d'être respectés, d'être considérés d'égal à égal avec leurs partenaires et d'être reconnus selon leurs expertises professionnelles.

2.3.2.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel

2.3.2.2.1 La gestion administrative : le manque de ressources financières et humaines

Lorsqu'un jeune présente un TM, en plus d'un besoin de protection, les établissements sont souvent dans l'obligation de composer avec des difficultés de plus en plus complexes associées à la dispensation des services. Que ce soit en contexte québécois, canadien, américain ou néo-zélandais, les études déplorent un manque important, tant en ce qui concerne les ressources humaines que financières (Burns, et al., 2004; CCSSEJF, 2004; Cottrel, Lucey, Porter, & Walker, 2000; Dagenais, et al. 2006; Eggertson, 2005; Goyette, et al., 2011; Janssens, et al., 2010; Larivière 1998-1999; ONU, 2001; Rousseau, et al., 2007). Évidemment, ce manque est un facteur à prendre très au sérieux, car plusieurs auteurs sont d'avis qu'il nuit considérablement aux activités de collaboration (Cottrel, et al., 2000; Johnson, et al., 2003; Larivière, 1998-1999, 2001; Quinn & Cumblad, 1994).

D'abord, au Québec, ce manque de ressources humaines dans le contexte des CJ et des CSSS amène une surcharge de travail chez les intervenants, ce qui les empêche de répondre adéquatement aux demandes des enfants et de leurs familles, mais également à celles de leurs collaborateurs (Larivière, 1998-1999; Nadeau, et al., 2008; Rousseau, et al., 2007). Cette surcharge de travail occasionne un manque de temps qui influence la disponibilité des intervenants à réaliser des évaluations du fonctionnement social, en

plus de négliger l'identification des manifestations des TM (Levitt, 2009), tout en limitant leur participation aux activités de collaboration (Johnson, et al., 2003; Goyette, et al., 2000). De plus, Goyette et al. (2011) remarquent que depuis les modifications de la LPJ en 2007, les intervenants sociaux des CSSS ont l'impression d'être surchargés et non soutenus par leurs gestionnaires, car le DPJ leur réfère davantage de clients par le biais des transferts personnalisés. En revanche, les directions des CSSS ne possèdent pas plus de ressources (humaines ou financières) pour répondre à cet ajout de responsabilités. En conséquence, les listes d'attente en CSSS s'allongent, alors que les gestionnaires sont impuissants devant la situation, faute de ressources humaines et financières. De plus, pour Goyette et al. (2011), il est clair que ce manque de ressources humaines et financières entraîne des contraintes qui vont à l'encontre des obligations de collaborer instituées dans la LPJ. Ainsi, pour ces auteurs, cela se traduit par des incohérences institutionnelles entre, d'une part, ce qui est dicté par les lois (LPJ et LSSS) depuis 2007, au sujet d'augmenter la collaboration entre les établissements et, d'autre part, les sommes qui leur sont allouées pour mettre en œuvre leur désir d'harmonisation de services et de partage de la responsabilité collective de la protection des jeunes.

Enfin, il est également difficile de passer sous silence les problèmes de stabilité du personnel lorsqu'il est question d'un manque d'intervenants sociaux (Easen, Atkins & Dyson, 2000; Goyette et al., 2000, Larivière, 2001). À ce sujet, Johnson et al. (2003)

sont d'avis que lorsqu'un intervenant remplace un autre dans un processus de collaboration, cela a pour effet de déstabiliser l'équipe de travail. Les intervenants déjà impliqués dans le processus de collaboration doivent recommencer les présentations de la situation du jeune et discuter à nouveau des responsabilités qui incombent les différents collaborateurs. Dans un tel contexte, l'accent n'est plus sur l'intervention collaborative, mais sur le processus de connaissance de l'équipe de travail, qui avait pourtant déjà été réalisé auparavant. À l'inverse, en travaillant dans des milieux de travail stables, les intervenants sociaux n'ont pas à s'habituer sans cesse à une nouvelle équipe de travail. Ceux-ci sont donc en mesure de mieux connaître leurs collègues, leurs manières d'intervenir et leurs responsabilités propres dans un processus de collaboration.

2.3.2.2.2 Le manque de soutien de la part des gestionnaires

Johnson et al. (2003) expliquent que le manque de soutien et de «leadership» chez les gestionnaires dans le processus de collaboration, se traduit par un faible niveau d'implication dans la planification d'activités de collaboration, de coordination et de connaissance des interventions en cours. Selon ces auteurs, ce manque de soutien de la part des gestionnaires serait le facteur d'échec à la collaboration le plus déterminant, ce dernier étant évoqué par 42,4% des répondants de leur étude (n=33). Par ailleurs, Quinn et Cumblad (1994) ont effectué une étude auprès de 133 employés de différentes

organisations²², dans le but de connaître leur perception à propos de la collaboration interorganisationnelle dans un des cinq projets de l'Illinois State Board of Education (ISBE). Cette étude a mis en relief que la collaboration pouvait être inefficace lorsqu'il y avait un manque de procédures pour résoudre les conflits interorganisationnels. De plus, un refus d'évaluer et de mettre fin à des initiatives qui ne fonctionnaient pas aurait également fait obstacle à la collaboration dans le cadre de cette étude. Leslie et al. (2005) soulignent, quant à eux, que lorsqu'il n'y a pas d'intervenant pivot assumant la coordination de l'équipe d'intervention, la collaboration ne peut qu'être désordonnée. Qui plus est, il peut arriver que les gestionnaires aient des priorités administratives autres que de démontrer ou d'inciter leurs intervenants à réaliser des activités de collaboration. Dans un tel contexte, les efforts à déployer pour réaliser une bonne collaboration sont moindres (Johnson, et al., 2003), ce qui risque d'influencer négativement l'opinion des intervenants sociaux à propos de l'importance de collaborer lorsqu'un jeune présente un TM et un besoin de protection. Par ailleurs, le manque d'outils ou d'ententes pour coordonner les services est également en lien avec le soutien des gestionnaires. Si les gestionnaires des deux établissements ne mettent pas leur travail en commun afin de développer des ententes de collaboration, la mise en place de plusieurs activités de collaboration est susceptible d'échouer (Dagenais, et al., 2006; Leslie, et al., 2005), car les gestionnaires risquent alors de donner l'impression aux intervenants qu'ils ne les soutiennent pas dans leurs interventions.

²² Les services de santé mentale, la protection de l'enfance, le secteur de l'éducation et les services judiciaires, travaillant avec les jeunes ayant des troubles émotionnels et de comportement.

En somme, les difficultés d'accès et de continuité dans les services destinés aux jeunes présentant des TM et des besoins de protection sont directement en lien avec les facteurs qui influencent négativement la collaboration. Le tableau 4 présente une synthèse de ces facteurs reliés à la fois aux intervenants sociaux et au contexte organisationnel.

Tableau 4
Les facteurs influençant négativement les activités de collaboration

Facteurs reliés aux intervenants sociaux	Dimensions
La difficulté de travailler en équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir différentes définitions et visions de la collaboration; • Absence d'une vision et de buts communs; • Difficulté à réaliser des PSI.
Le manque de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés lors des échanges et de la transmission d'informations : délais des retours d'appels, mauvaises informations, informations insuffisantes, etc.; • Absence d'un système informatique de données communes; • Utilisation de langages professionnels différents.
Le manque de connaissances et de compréhension à propos des contextes d'intervention et organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation et de connaissances au sujet des TM et leurs différentes manifestations; • Confusion et méconnaissance des mandats, des rôles et des responsabilités des organisations partenaires.
Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une attitude défensive liée à l'incompréhension des rôles et des responsabilités de chacun; • Présence de préjugés et de croyances non fondées; • Manque de reconnaissance professionnelle.
Facteurs reliés au contexte organisationnel	
La gestion administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources financières; • Manque de ressources humaines qualifiées; • Instabilité du personnel.
Le manque de soutien de la part des gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'implication dans la planification de la collaboration; • Manque de coordination; • Manque de connaissance des interventions en cours; • Manque de soutien en cas de conflits; • Présence de priorités différentes; • Manque de développement d'outils d'évaluation et d'intervention communs.

2.4 LES LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

À la lumière des différentes études présentées, il est possible de constater que le manque de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les centres de protection de l'enfance est une problématique encore peu étudiée. La plupart des études sur la question ont été réalisées depuis le milieu des années 90, mais la grande majorité à partir de 2000. Aux États-Unis, plusieurs recherches ont été menées sur les perceptions des intervenants et des gestionnaires en ce qui concerne la collaboration. Par contre, ces études portent surtout sur la collaboration entre les services dans les situations où un parent présente un TM et que son enfant est suivi par les services de protection de l'enfance (Darlington & Feeney, 2008; Darlington, Feeney, & Rixon, 2004; Darlington, Feeney, & Rixon, 2005a, 2005b; Hetherington & Baistow, 2001; Tye & Precey, 1999).

Il faut également préciser que la majorité de ces recherches ont été réalisées dans un milieu urbain et ne permettent donc pas de documenter la réalité des régions québécoises. Au Québec, certaines études ont été réalisées sur divers projets d'activités de collaboration entre les CSSS et les CJ (Bentayed, 2010; Dagenais, et al., 2006; Goyette et al., 2000, Larivière, 1998-1999, 2001, 2007; Turcotte, et al., 2011). Par contre, celles-ci portent habituellement sur le point de vue d'un seul groupe d'acteurs, par exemple, des gestionnaires ou des intervenants d'un seul milieu (CSSS seul ou CJ seul). Qui plus est, la vision des jeunes et des parents recevant ces services est très peu

présentée (Janssens, 2010). Cela a pour effet de rendre difficiles les comparaisons au sujet de la collaboration entre les différents milieux. De plus, ces études au sujet de la collaboration ne font pas la distinction entre les différentes problématiques vécues par les jeunes et leurs familles. Donc, les activités de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les services de protection de l'enfance sont encore peu étudiées dans notre réalité québécoise.

Le présent mémoire vient combler partiellement les limites exposées ci-dessus, en visant, plus spécifiquement, à connaître les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux (des CSSS et du CJ) œuvrant auprès des jeunes présentant des TM au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

CHAPITRE 3 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

La représentation sociale, notion²³ notamment utilisée en psychologie sociale et en travail social, est employée afin de reconstruire la réalité et de donner un sens au monde social qui nous entoure. Le présent chapitre situe d'abord un portrait historique de la notion, en décrivant les trois grands courants de recherche s'y rattachant et en démontrant leurs principales caractéristiques. De plus, les représentations sont abordées en lien avec les éléments caractérisant leurs fonctions et les trois dimensions de leur contenu. Puis, le processus de développement des représentations sociales, selon une approche chronologique, est exposé. Enfin, les dimensions du cadre de référence de la présente recherche sont décrites afin de justifier la pertinence de l'utilisation de la notion des représentations sociales pour l'analyse des résultats.

3.1 MISE EN CONTEXTE DES TRAVAUX PORTANT SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La notion de représentation sociale a fait ses premières apparitions dans les écrits du sociologue Durkheim à la fin du XIXe siècle (1895), mais c'est en 1961 que Moscovici (1972, 1976, 1989) a commencé à les étudier en profondeur. Par contre, l'étude des représentations sociales a vu son apogée dans les années 1980 et 1990, avec des auteurs tels qu'Abric (1989, 1994, 2003), Jodelet (1972-1973, 1989a, 1989b, 1991, 1993, 1994), Herzlich (1969, 1972) et Moliner (1995, 2001).

²³ Les auteurs consultés lors de l'élaboration de ce chapitre diffèrent dans leur façon de définir les représentations sociales. Certains les désignent comme un concept ou une notion (Jodelet, 1991) et, d'autres, comme une théorie (Moscovici, 1961). Ici, l'expression notion a été retenue.

Selon Durkheim (1895), le groupe social (la société) est régi par la conscience collective. Celle-ci se définit comme une «instance de contrôle qui posséderait une vie propre et rassemblerait, en un tout unifié et cohérent, des croyances, des sentiments, des souvenirs, des idéaux ou des aspirations, et [...] des représentations qui sont partagées par tous les membres de la société» (Bonardi & Roussiau, 1999, p.11). Cela dit, la conscience collective donne naissance à des représentations qui sont, elles aussi, collectives et diversifiées par leur objet et leur nature. Ainsi, les représentations collectives sont la base inhérente des jugements humains (Bonardi & Roussiau, 1999). À la suite des écrits de Durkheim au sujet des représentations, il a été possible, en psychologie sociale, de répertorier trois courants de recherche afin de mieux les définir et les étudier en profondeur (Rateau, 2007). En effet, la notion de représentation sociale comporte son lot d'ambiguïtés en lien avec ses interprétations, ses approches et ses méthodes de collecte de données (Rateau, 2007), il est donc utile de la décrire plus spécifiquement à l'aide de ces trois courants de recherche.

Le premier courant résulte des travaux de Moscovici (1961) et de Jodelet (1972-1973). Celui-ci se rattache à l'étude du contenu des représentations sociales et à l'analyse de l'incidence de la structure sociale sur leur formation. De ce fait, Moscovici (1961) s'est inspiré des «représentations collectives» de Durkheim pour faire ses premiers constats en psychologie sociale à propos des représentations sociales. Si en sociologie, les représentations collectives étaient monolithiques et statiques, et bien,

pour Moscovici, les représentations sociales sont dynamiques et évolutives, et ce, à l'image du monde moderne (Bonardi & Roussiau, 1999). De plus, elles sont plus nombreuses, plus diversifiées, plus limitées et plus fragmentaires d'un groupe social à l'autre. Ainsi, Moscovici a pu donner la première définition des représentations sociales:

Un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord, d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. Ensuite d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective. (1969, p. 7)

Au cours de ses recherches, cet auteur a donné les premières pistes au sujet des éléments de contenu des représentations sociales (l'attitude, l'information, l'image ou le champ de représentation, et le noyau figuratif), ainsi que des mécanismes psychosociologiques de production de représentations sociales : l'objectivation et l'ancrage²⁴.

Pour sa part, Jodelet (1991) a travaillé sur une définition et une caractérisation des représentations sociales sur laquelle la communauté scientifique s'est entendue :

²⁴ Ces éléments sont présentés à la section 3.5.1 : «La phase d'émergence des représentations sociales : leur formation».

Forme de connaissance courante, dite «sens commun», caractérisée par les propriétés suivantes :

1. elle est socialement élaborée et partagée;
2. elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientations des conduites et communications;
3. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné. (Jodelet, p.668)

À l'instar de Moscovici, Jodelet ajoute que cette forme de savoir est un système d'interprétation qui établit une relation entre un objet circonscrit dans l'environnement et un sujet (individuel ou collectif) mis en lien avec «d'autres sujets par l'appartenance, la participation ou la communication sociale» (Jodelet, 1991, p.668).

Le deuxième courant a été initié par Doise (1985) et ses collaborateurs de Genève et il s'intéresse particulièrement «aux effets de l'insertion sociale sur l'organisation des représentations sociales» (Rateau, 2007, p.181). En fait, cet auteur présente les représentations sociales comme des «principes générateurs de prise de position liés à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports» (Doise, 1985, p.245). Ce courant se résume donc à étudier : (a) comment les rapports sociaux modifient les représentations sociales et; (b) comment les représentations sociales se régularisent à travers les interactions entre les individus et les groupes (Rateau, 2007).

Le troisième courant se concentre principalement sur l'étude des propriétés structurales des représentations sociales et de leurs processus. Ce courant, proposé par Abric (1989) et Flament (1989), a été le précurseur de techniques de recherche afin de repérer le contenu des représentations sociales, d'étudier les relations entre les éléments, leur importance et leur hiérarchie, en plus de démontrer l'existence du noyau central (Rateau, 2007). Par le fait le même, Abric a également procédé à l'étude des représentations sociales en élaborant la théorie du noyau central²⁵ (1976 dans Abric, 1994) et en leur désignant quatre fonctions (1994)²⁶. Finalement, Abric (1989) a travaillé une définition des représentations sociales, qu'il décrit telle :

[...] [qu'] un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son expérience), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social. (p.188)

Bien que les représentations sociales soient apparentées à la sociologie (avec le concept de l'idéologie) et à la psychologie (avec les concepts de cognition, d'opinion, d'attitude et d'image), celles-ci se démarquent de ces concepts par ses modes de constitution (Jodelet, 1991). En effet, elles sont générées et transmises au cours d'échanges sociaux devenant une partie de la vie collective (Jodelet, 1991). À noter qu'en psychologie sociale, il est facile de confondre les notions suivantes : l'opinion,

²⁵ La notion du noyau central d'Abric (1976 dans 1994) sera expliquée à la section 3.5.2, intitulée : « La phase de stabilité des représentations sociales : sa structure organisée pour le noyau central ».

²⁶ Les quatre fonctions des RS seront présentées au point 3.3, ayant pour titre : « Les fonctions des RS ».

l'attitude, la représentation sociale et l'idéologie. En fait, Rouquette et Rateau (1998) et Rouquette (1996) nous aident à faire la distinction et à articuler ces quatre notions de la manière suivante :

L'idéologie, en raison de sa portée générale, est conçue comme l'instance de raison de représentations sociales particulières, la représentation sociale d'un objet donné étant conçue à son tour comme l'instance de raison de l'attitude développée à l'égard de cet objet, elle-même considérée comme l'instance de raison des opinions exprimées à propos de ce qui relève de cet objet. (Rouquette, 1996; Rouquette & Rateau, 1998)

C'est en particulier en raison de la confusion entre plusieurs notions de psychologie sociale que la représentation sociale est souvent considérée comme une notion « fourre-tout » en recherche; elle est souvent utilisée à bon et mauvais escient. Ainsi, les caractéristiques des représentations doivent être bien définies, afin d'en faire une utilisation pertinente comme cadre de référence.

3.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Bien que les définitions soient passablement différentes d'un courant de recherche à un autre, la majorité des auteurs s'entendent pour décrire les représentations sociales en lien avec les caractéristiques qui sont présentées dans le prochain point, c'est-à-dire : (a) l'objet et le sujet de la représentation; (b) la représentation sociale comme résultat d'une élaboration mentale; (c) la diffusion et la signification de la représentation; et, (d) la représentation comme contenu et processus.

3.2.1 L'objet et le sujet d'une représentation sociale

Tel que plusieurs auteurs le précisent, la représentation sociale est toujours la représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet) (Abric, 1994; Jodelet, 1989, 1991; Rateau, 2007). L'objet peut prendre différentes formes, notamment celle d'un événement, d'une personne ou d'une catégorie sociale. Qui plus est, «les caractéristiques de l'objet sont appropriées par le sujet, puis intégrées et reconstruites en vertu de ses propres caractéristiques» (Rateau, 2007, p.165). Cela dit, l'objet n'existe pas en lui-même, mais il existe pour un individu ou un groupe, et ce, par rapport à eux (Abric, 1994, Rateau, 2007). Donc, c'est cette relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même. Enfin, il est important de retenir qu'il ne peut pas y avoir de représentation sociale sans objet (Jodelet, 1989, 1991).

3.2.2 Une élaboration mentale : la construction de la réalité propre à un individu ou un groupe

Dès notre enfance, l'école, la famille, les groupes sportifs et culturels, ainsi que les médias nous enseignent et nous proposent des façons de voir le monde qui nous entoure (Rateau, 2007). Tel que Rateau (2007) l'explique, c'est en particulier grâce à nos communications et nos échanges sociaux que nous nous forçons une réalité propre, et ce, en transmettant et acquérant «mutuellement des savoirs, des croyances, des valeurs

[des idées, des modèles] qui nous permettent de partager une conception commune des choses» (p.163).

En fait, une représentation sociale est une élaboration mentale où l'individu construit, à sa façon et dans sa tête, la réalité des objets qui l'entourent (Rateau, 2007). Jodelet (1989) décrit cette élaboration sociocognitive à la fois comme un produit et un processus d'une «activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité» (p. 54). À cela, Rateau (2007) et Jodelet (1991) ajoutent que ce processus cognitif est directement suscité par les conditions sociales du sujet dans lesquelles la représentation sociale se forme, c'est-à-dire de leur place dans la structure sociale, de leur appartenance à un groupe, en plus de leur contexte de vie et des relations interpersonnelles. Selon Abric (1994), l'élaboration des représentations sociales possède une double logique : a) la composante cognitive des représentations sociales est soumise aux règles qui dictent les processus cognitifs de chaque individu, puis, b) la composante sociale constitue la mise en place de ces processus cognitifs et elle est directement déterminée par les conditions sociales dans lesquelles se développe ou se transmet une représentation. Ainsi, ce remodelage de la réalité a pour but de produire des informations significatives (Fisher, 2005). De ce fait, ce n'est pas une vérité objective propre à chaque individu que l'on cherche, mais plutôt une vérité sociale de la collectivité (Fisher, 2005).

3.2.3 La diffusion et la signification d'une représentation sociale

Bon nombre des représentations que nous possédons nous ont été transmises en héritage, entre autres, par notre éducation et les institutions que nous avons fréquentées (Rateau, 2007). Ainsi, nous donnons des significations à des représentations sociales en vertu de ce qui nous a été transmis et ce que nous avons expérimenté dans le passé. Selon Rateau (2007), le partage des représentations est toujours très ciblé sur un ensemble de personnes, par exemple, des enseignants, des infirmières, des étudiants, etc. Toutefois, ce ne sont pas tous les individus de ces petits groupes qui partagent les mêmes valeurs, normes, idéologies ou expériences pratiques (Rateau, 2007), donc ils ne partagent pas tous les mêmes significations des représentations sociales des objets qui les entourent.

Par conséquent, à travers ces multiples significations, «les représentations expriment ceux (individus ou groupes) qui les forgent et donnent à l'objet qu'elles représentent une définition spécifique» (Jodelet, 1989, p.52). Cela dit, ces significations sont partagées par les membres d'un même groupe qui construisent une vision consensuelle de la réalité vécue par l'ensemble (Jodelet, 1989). D'ailleurs, cette vision est un guide pour les actions et les échanges quotidiens. De ce fait, la représentation sociale est construite à l'intérieur d'un processus relationnel par la communication sociale (Fisher, 2005). Celle-ci joue alors un rôle essentiel dans les échanges et les

interactions des membres d'un même groupe social, en plus de concourir à la création d'une définition consensuelle de la représentation (Jodelet, 1989).

3.2.4 La représentation comme contenu et processus.

La dernière caractéristique d'une représentation sociale comporte un double aspect constitué d'un produit et d'un processus de l'activité mentale (Jodelet, 1991; Rateau, 2007). D'abord, le mot produit fait référence au contenu²⁷ de la représentation sociale. Ce contenu est repérable parmi différents supports, tels que les productions verbales ou écrites, collectives ou individuelles, les opinions, les attitudes, ou bien les pratiques (Jodelet, 1991; Rateau, 2007). Cet aspect du produit de l'activité mentale est directement observable par différents canaux, notamment les conversations, les médias et les institutions (Jodelet, 1991; Rateau, 2007).

D'autre part, définir la représentation sociale comme un processus renvoie aux mécanismes psychologiques et sociaux de la pensée²⁸, qui forment, organisent et transforment les éléments de contenu de celle-ci. En plus, ces mécanismes psychosociologiques se rapportent aux fonctions des représentations sociales et à leur efficacité (Jodelet, 1991; Rateau, 2007).

²⁷ Les trois dimensions du contenu seront présentées à la section 3.4.

²⁸ Se référer à la section 3.5 : « Le processus de développement des représentations sociales : une approche chronologique ».

3.3 LES FONCTIONS DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Selon Abric (1994), les représentations sociales exercent quatre fonctions importantes dans les pratiques et les dynamiques des relations. Voici les fonctions qu'il a déterminées :

1) Les fonctions de savoir : Pour permettre de comprendre et d'expliquer la réalité. La personne peut ainsi acquérir des connaissances et les intégrer en tenant compte de ses valeurs dans un cadre assimilable et compréhensible pour elle. De plus, Rateau (2007) ajoute que les représentations sociales facilitent les communications sociales en raison de ce cadre qui permet l'échange, la transmission et la diffusion de ces connaissances.

2) Les fonctions identitaires : Pour permettre la sauvegarde de la spécificité des groupes et définir l'identité. Cette fonction, qui consiste à situer les individus et les groupes dans un champ social, occupe une place importante dans les processus de comparaison sociale et de catégorisation (Rateau, 2007), en plus de permettre aux individus de sauvegarder l'image positive de leur groupe d'appartenance.

3) Les fonctions d'orientation : Pour guider les comportements et les pratiques. Les représentations guident l'action et «interviennent directement dans la finalité d'une situation» (Rateau, 2007, p.168), par exemple, en déterminant le type de relations pertinentes pour la personne. Elles ne suivent pas et ne dépendent pas du déroulement des interactions; au contraire, elles les précèdent et les déterminent. Par ailleurs, elles produisent également un système d'anticipation et d'attentes et elles sont prescriptives de comportements ou de pratiques obligées en définissant ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans une situation sociale donnée.

4) Les fonctions justificatives: Pour permettre de justifier les prises de position et les comportements à posteriori. Les représentations sociales occupent un rôle essentiel dans la détermination de l'action en permettant aux acteurs d'expliquer et justifier leurs conduites (Rateau, 2007).

En définitive, les représentations sociales fournissent des critères d'évaluation de l'environnement social, ce qui permet de justifier ou de légitimer certaines conduites (Moliner, 2001; Moliner et al., 2002). En plus, elles sont des systèmes collectifs d'interprétation et de compréhension de cet environnement (Moliner, 2001). Ainsi, il est possible de croire que les représentations sociales peuvent intervenir et assurer le maintien de l'équilibre des relations intergroupes et contribuer aux identités sociales (Moliner, 2001; Moliner et al., 2002). En somme, tel que Jodelet (1989) l'évoque si bien :

Elles nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre. (p.47)

3.4 LES TROIS DIMENSIONS DU CONTENU DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Tel que Moliner, Rateau et Cohen-Scali (2002) l'ont exposé, une représentation sociale se caractérise par un ensemble d'éléments cognitifs (opinions, informations, croyances, idéologies, etc.) relié à un objet social. De ce fait, Moscovici (1961) a défini la représentation sociale comme étant un «univers d'opinions». C'est également à lui, père de la psychologie sociale européenne, que l'on doit les trois dimensions du contenu d'une représentation sociale : l'information, l'attitude et l'image (ou le champ de représentation) (Moscovici, 1961). Cependant, Jodelet (1991) ajoute que ces éléments du

contenu varie en fonction de leur source, de leur référent et de leur contexte de production qui les relient les uns avec les autres.

Tout d'abord, l'information se compose de l'ensemble des connaissances du sujet par rapport à l'objet (Moscovici, 1961). Ces connaissances sont plus ou moins stéréotypées, riches, variées et originales (Fisher, 2005; Herzlicht, 1972). Pour Jodelet (1994), ces connaissances ont une influence sur les comportements adoptés par les personnes face aux situations qui se présentent à elles.

Concernant la deuxième dimension du contenu d'une représentation sociale, l'image (champ de représentation), elle aborde l'idée d'une organisation du contenu, où les éléments sont hiérarchisés, en plus de l'idée des propriétés qualitatives et «imageâtes» de la représentation (Herzlicht, 1972). Précédant l'étape où la personne amasse les informations, l'image se rapporte à l'organisation des connaissances d'un individu sur un sujet, se traduisant par une image évocatrice de l'objet de représentation (Moscovici, 1961). Par conséquent, le champ de représentation varie d'une personne à l'autre, et ce, même à l'intérieur d'un même groupe. Donc, un même objet peut correspondre, pour certaines personnes, à des images différentes selon leur appartenance idéologique (croyances, valeurs, normes, etc.) (Herzlicht, 1972; Montminy, 2000; Moscovici, 1961). Tel qu'exprimé par Flament et Rouquette (2003), l'idéologie fournit

un socle aux représentations sociales et elle est «le répertoire générateur utilisé dans toutes les constructions sociocognitives» (p.18).

Troisièmement, l'attitude représente l'orientation positive ou négative de l'individu par rapport à l'objet, et ce, même s'il s'agit des personnes ou des éléments qui l'entourent (Mayer & Ouellet, 1991; Moscovici, 1972). Depuis la définition proposée par Allport (1935), et reprise ensuite par de nombreux auteurs (Rateau, 2007, Vallerand & Lafrenaye, 2006), l'attitude se définit comme «un état mental de préparation à répondre, organisé par l'expérience du sujet et exerçant une influence sur sa réponse à tous les objets et à toutes les situations s'y rapportant» (Rateau, 2007. p. 167). Cela dit, l'attitude comporte une dimension évaluative ou affective; elle peut donc être négative ou positive, favorable ou défavorable envers un objet de représentation.

Par ailleurs, il est possible de distinguer deux dimensions des éléments du contenu des représentations sociales, une première d'ordre socioaffective et une deuxième d'ordre cognitive (Moscovici, 1961). À l'intérieur de la dimension socioaffective, il faut tenir compte des sentiments, des attitudes, des normes et des valeurs des individus lors de l'expression du contenu de leurs représentations sociales. Pour la dimension cognitive, il s'agit de la connaissance des faits et des différentes explications relatives à ces faits. Il faut également porter une attention particulière aux opinions, car pour

certain auteurs, celles-ci peuvent se retrouver de part ou d'autre des deux dimensions. En fait, une personne peut exprimer son opinion davantage en relatant des faits et une autre personne peut la donner en mettant davantage l'accent sur ce qu'elle ressent. Après avoir décrit les différents éléments caractérisant les représentations sociales, voyons maintenant de quelle manière elles se forment dans le temps.

3.5 LE PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES : UNE APPROCHE CHRONOLOGIQUE

Il est possible d'observer les représentations sociales à plusieurs occasions, car : «elles circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels et spatiaux» (Jodelet, 1989, p.48). Bien qu'elles soient présentes partout autour de nous, il est pertinent de se questionner sur la manière dont elles se forment, se stabilisent et se transforment à l'intérieur du processus de cognition sociale.

3.5.1 La phase d'émergence des représentations sociales : leur formation

«La phase d'émergence se situe entre l'apparition d'un objet nouveau et problématique et l'apparition de savoirs stables et consensuels directement rattachés à cet objet» (Moliner, 2001, p.248). La durée de cette phase est indéterminée, étant donné

la combinaison des multiples processus de formation d'une représentation sociale. Ce processus de formation commence, d'abord, par des mécanismes sociocognitifs qui permettent aux individus de produire ou de gérer de l'information relative à l'environnement social (Moliner, 2001). C'est alors que le processus d'ancrage entre en ligne de compte (Moscovici, 1961).

L'ancrage est décrit comme la manière dont le nouvel objet de représentation va se trouver une place dans le système de pensée préexistant de l'individu (Rateau, 2007). Au moyen de ce processus, l'objet nouveau pourra s'intégrer et s'assimiler au système de valeurs de la personne (Bonardi & Roussiau, 1999). Cet objet nouveau sera associé à des catégories familières et ce sera à celles-ci de s'adapter à la nouveauté. Par le fait même, les savoirs produits vont être instrumentalisés par les groupes sociaux en leur permettant de justifier leurs positions ou d'atteindre leurs objectifs (Moliner, 2001). Le résultat du processus comporte deux éléments : « [1] il facilite l'appréhension de l'objet nouveau en le ramenant à un domaine connu tout [2] en orientant l'utilité sociale de la représentation » (Moliner, 2001, p.19).

Par la suite, les produits de la cognition sociale homogénéisés sous l'effet de l'ancrage sont «formatés» par le biais de l'objectivation (Moliner, 2001). Ce processus se caractérise par un agencement de connaissances imagées et schématisées, à propos de

l'objet d'une représentation (Moscovici, 1961). Il s'agit du moment où un mécanisme psychique s'opère pour rendre concrètes et signifiantes, des images abstraites, pour ensuite, les concevoir clairement et les assimiler, et ce, en fonction de cadres de référence et de conceptions familières à l'individu (Bonardi & Roussiau, 1999; Fisher, 2005). En d'autres mots, le processus d'objectivation consiste à concrétiser et matérialiser ce qui était abstrait et impalpable (Moliner, 2001). Donc, les savoirs reliés à l'objet de représentation ne paraissent plus comme des concepts scientifiques, mais comme des constituants papables de la réalité environnante (Moliner, 2001).

Tel que Jodelet (1984, p.365) le précise, la représentation est passée de «percept au concept». Au même moment, les processus de communication collective s'ajustent avec les processus de production du savoir, ce qui a pour conséquence de faire émerger un ensemble d'informations, d'opinions et de croyances envers cet objet de représentation (Moliner, 2001). Cet ensemble est alors stabilisé pour une durée indéfinie jusqu'à ce qu'un nouvel objet inconnu vienne bouleverser l'équilibre de la représentation.

3.5.2 La phase de stabilité des représentations sociales : leur structure organisée

Une fois la représentation devenue un savoir consensuel et opérationnel sur un objet donné de l'environnement social d'un groupe, celle-ci peut alors remplir «ses fonctions de connaissances, de régulation des interactions, d'évaluation et de justification»

(Moliner, 2001, p. 249). Dans la phase de stabilité, la représentation sociale prend donc une structure où des éléments périphériques s'organisent autour d'un noyau central pour assurer la pérennité de celle-ci. Voyons maintenant, de manière chronologique, l'évolution des concepts de la phase de stabilisation d'une représentation.

En premier lieu, lorsque Moscovici a fait mention de la dernière constituante d'une représentation sociale, l'image, celui-ci s'est intéressé à sa dimension organisationnelle. Il a indiqué que la représentation sociale s'élabore autour d'un noyau figuratif stable. Selon Moscovici (1961), ce noyau donne un cadre de catégorisation et d'interprétation pour les nouvelles informations et s'actualise dans les processus d'objectivation et d'ancrage qui portent la marque des normes et des valeurs d'un groupe donné (Rateau, 2007). Ainsi, les autres éléments de la représentation vont être retenus, catégorisés et interprétés en fonction de la constitution du noyau figuratif (Abric, 1994).

Plusieurs chercheurs se sont ensuite intéressés à l'organisation et à la structure des représentations sociales, notamment Flament (1989), Herzlicht (1969) et Moliner (1995). Cependant, c'est à Abric (1994) que l'on doit la théorie du noyau central, qui comporte deux notions : le noyau central et les éléments centraux (ou le système central) ainsi que les éléments du système périphérique. La figure suivante s'inspire des éléments

de la théorie du noyau central (Abric, 1994) pour faciliter la compréhension de la conceptualisation d'une représentation sociale.

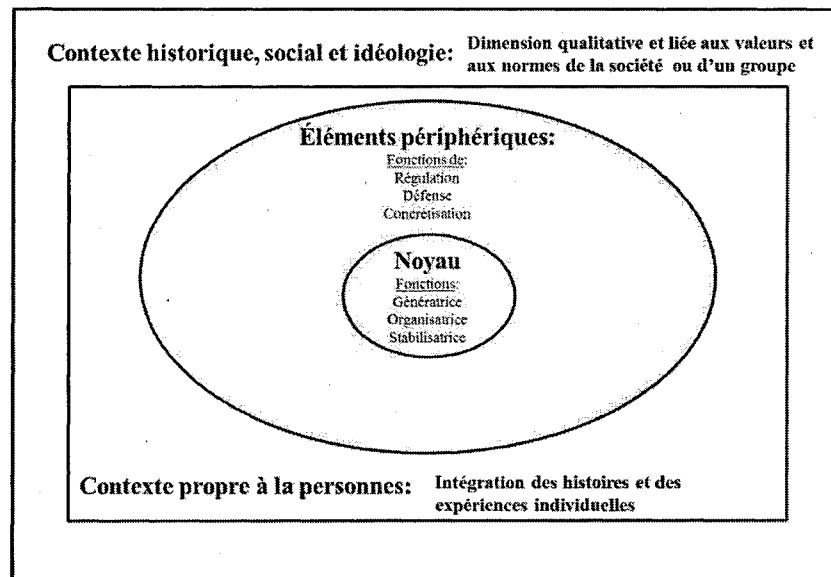


Figure 1. Organisation et structure d'une représentation sociale

D'une part, selon Abric (1994), «toute représentation est organisée autour d'un noyau central» (p.21), qui est l'élément fondamental dans une représentation puisqu'il détermine à la fois sa signification, sa cohérence et son organisation (Rateau, 2007). Autour de ce noyau central se regroupent des éléments centraux qui prennent la forme de la représentation. De plus, les éléments du noyau central sont la clé de voûte d'une représentation, en plus d'établir une base commune qui est collectivement partagée par

des personnes d'un même groupe (Rateau, 2007). Cet élément unificateur et stabilisateur de la représentation a deux fonctions (Abric, 1994). D'abord, une fonction génératrice de sens, qui permet de déterminer la signification des autres composantes de la représentation (Rateau, 2007) et de procurer à celle-ci un sens et une valeur spécifiques (Bonardi & Roussiau, 1999; Moliner, 2001). Ensuite, le noyau central exerce une fonction d'organisation des différents éléments du système périphérique en définissant la nature des liaisons qui unissent les composantes de la représentation (Rateau, 2007). Enfin, les éléments centraux résistent au changement et assurent la stabilité et la constance de la représentation sociale (Abric, 1994, Moliner, 2001).

D'autre part, les éléments de la périphérie sont en relation directe avec le noyau par leur présence, leur pondération, leur valeur et leur fonction (Abric, 1994). Contrairement au système central qui est davantage normatif (lié aux normes et aux valeurs des groupes), le système périphérique est plutôt fonctionnel, car «c'est grâce à lui que la représentation peut s'intégrer dans la réalité du moment» (Rateau, 2007, p.175). Il permet aux individus de faire une adaptation, une différenciation en fonction de leur vécu et une intégration à leurs expériences quotidiennes (Abric, 1994). Ainsi, ces éléments périphériques constituent l'essentiel du contenu des représentations sociales, donc la partie la plus accessible, vivante et concrète (Abric, 1994). Cette partie externe est la face visible de la représentation, qui est repérable à l'aide de méthodes de collecte de données, telles que l'observation et l'entretien (Moliner, 2001). Ce système

périphérique contient «des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances» (Abric, 1994, p.25). En outre, le système périphérique exerce trois fonctions sous la dépendance du système central:

- **une fonction de régulation** : en prise directe avec la réalité extérieure, il régule, en vertu du principe d'économie cognitive, les désaccords entre [les] paramètres internes de la représentation et [les] informations, événements, nouveautés de l'environnement social;
- **une fonction de défense du système central** découle logiquement de la précédente, puisqu'elle signifie que le système périphérique protège le système central de l'environnement extérieur, et assume les premiers «chocs» dus à la nouveauté extérieure;
- **une fonction de concrétisation** aussi, puisque le système périphérique rend compréhensibles pour les individus les éléments de la représentation qui rendent compte d'une situation donnée. (Bonardi & Roussiau, 1999, p. 88)

Il est important de retenir que bien que les deux composantes, le noyau central et le système périphérique, soient décrites séparément, elles fonctionnent comme une entité où chaque partie possède un rôle distinct mais complémentaire à l'autre (Rateau, 2007). En somme, si la représentation ne répond plus adéquatement à ses fonctions, elle sera obligée d'évoluer afin de conserver sa pertinence et son utilité. Voyons maintenant dans quelle mesure les représentations sociales se transforment.

3.5.3 La phase de transformation des représentations sociales : leur évolution

Pour de multiples raisons, il peut arriver que nos savoirs sur l'environnement social se trouvent contredits par des informations ou des événements nouveaux. En effet, «l'histoire des individus et des groupes, des changements économiques, politiques, technologiques, ou écologiques viennent se heurter aux traditions et aux représentations anciennes» (Moliner, 2001, p.35-36).

Cette évolution d'une représentation sociale ne se fait pas sans contrainte, car des mécanismes de défense individuels, tels que la rationalisation et la réfutation, vont tenter de préserver cette représentation intacte (Moliner, 2001). De plus, la durée de vie des représentations sociales est souvent dépendante de l'évolution de la société (Moliner, 2001). En fait, l'histoire, le contexte social des individus et l'aspect contradictoire du nouvel objet ou événement peuvent contribuer au caractère dynamique et évolutif des représentations sociales. Tel qu'Abric (1994) le mentionne si clairement : «Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne» (p.12).

Par leur histoire individuelle ou de groupe et en fonction d'une époque donnée, chaque groupe humain code et décode son expérience d'une manière spécifique qui

porte les manifestations des rapports sociaux (Flament & Rouquette, 2003). Par exemple, face à certains événements, les individus doivent reconstruire une représentation devenue inadéquate. Par contre, aussi longtemps que l'environnement ne change pas, la représentation n'a pas raison d'être modifiée (Rateau, 2007). Cependant, il est rare que cet environnement stagne, car il est soumis sans cesse au poids de l'Histoire qui évolue constamment. Cela dit, lorsqu'un événement vient perturber l'équilibre interne d'une représentation sociale, la transformation de celle-ci est enclenchée. Rateau (2007) précise que pour provoquer une transformation, l'objet ou l'événement nouveau doit être particulièrement impliquant pour le groupe. Donc, c'est la pertinence de la représentation sociale qui est bouleversée. Cela aura pour conséquence de transformer les pratiques sociales du groupe pour que la pertinence et l'utilité de la représentation soient à nouveau rétablies. Les représentations sociales sont donc en constante évolution et en reconstruction quasi permanente et ce, que ce soit un tout petit fragment ou une portion plus grande de celles-ci (Bonardi & Roussiau, 1999). Toutefois, cela ne veut pas dire que parce qu'il y a apparition d'une nouveauté ou d'un changement, que celui-ci sera automatiquement contradictoire aux anciennes représentations (Moliner, 2001). Enfin, tel que Rouquette (1994) le précise, «la représentation est ainsi à la fois un produit du devenir et un produit en devenir; le changement n'est pas pour elle un accident, il appartient à son essence» (p.179).

De ce fait, ces évolutions ou reconstructions sont toujours influencées par les conditionnements et les orientations de la société ou les groupes d'appartenance des individus (Bonardi & Roussiau, 1999); d'où l'importance de considérer le contexte des personnes dans l'étude des représentations sociales. Selon Abric (1994), ce contexte réfère à l'environnement immédiat où interagissent les individus aux valeurs et aux idéologies sur lesquelles une société donnée souscrit pour se représenter un objet. Par le fait même, Flick (1994) précise que de ne pas prendre en considération ce contexte peut réduire les données étudiées à des représentations individuelles. Qui plus est, en tenant compte du contexte, la signification de la représentation sociale est d'autant plus importante et éloquente. Pour sa part, Abric (1994) souligne l'importance de tenir compte à la fois du contexte discursif (par la nature des conditions des productions du discours) et du contexte social (par la place qu'occupe la personne dans le système social ou le groupe concerné et le contexte idéologique : les valeurs, les règles, les normes des organisations, leurs missions, les rôles des personnes, etc).

Enfin, Moliner (2001) rapporte également que lorsque «la nouveauté ou le changement entrent en contradiction avec des croyances anciennes, cette contradiction peut être plus ou moins forte» (p. 40). Cela dit, si elle est faible, c'est qu'elle concerne la périphérie et elle ne touche qu'un sous-ensemble du groupe social. Le changement aura alors moins d'effets sur l'ensemble de la structure de la représentation et sur le groupe en tant que tel. Par contre, si la contradiction est forte, elle touchera alors le noyau

central et va concerner l'ensemble des membres du groupe social. Les membres du groupe vont alors, individuellement, mettre en œuvre des mécanismes de défense (la réfutation ou la rationalisation) pour analyser la contradiction. Ainsi, une forte contradiction aura peut-être pour conséquence de diviser les membres du groupe, car chacun présentera un point de vue nouveau à propos de cette représentation sociale transformée.

3.6 LA PERTINENCE DE L'UTILISATION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES COMME CADRE D'ANALYSE DE CE MÉMOIRE

Après avoir présenté un portrait des représentations sociales en fonction de son évolution en psychologie sociale, de ses principales caractéristiques, fonctions et composantes, ainsi que son processus de développement, il importe de préciser sur quels éléments de la notion des représentations sociales la présente étude s'est appuyée. Cela dit, la pertinence d'utiliser les représentations sociales est d'abord développée, dans cette section, selon les quatre principales caractéristiques de celles-ci, à savoir : (a) l'objet et le sujet des représentations sociales; (b) la représentation sociale comme élaboration mentale; (c) la diffusion et la signification d'une représentation sociale et; (d) la représentation comme contenu et processus.

En plus, une attention particulière est accordée aux contextes discursifs et environnementaux²⁹ dans lesquels les participants évoluent. Tel que Jodelet (1991) le souligne : « [...] l'on ne peut étudier la représentation en général, mais des représentations sociales particulières, dont les processus et les contenus sont dépendants de leur source, de leur référent et du contexte de production qui les lie » (p. 668). À la suite des explications de ces caractéristiques, la présente section propose de situer le courant de recherche et la définition des représentations sociales qui ont été privilégiés dans le cadre de ce mémoire.

3.6.1 L'objet et le sujet des représentations sociales

Dans le cadre de la présente recherche, l'objet de la représentation est la collaboration. Les sujets sont les intervenants sociaux du CJ et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ainsi, les représentations sociales de la collaboration (objet) ont pu varier d'un intervenant social (sujet) à l'autre, car l'intervenant social peut structurer et déstructurer cette représentation de l'objet par les relations qu'il a entretenues avec son environnement, ici son milieu professionnel (Bonardi & Roussiau, 1999). En effet, pour comprendre le monde social autour de nous, le gérer et l'affronter, Jodelet (1989) précise que nous nous appuyons sur notre entourage, et ce, parfois par convergence et parfois

²⁹ Notons que le contexte environnemental de la présente étude comprend, notamment, des éléments liés au système de santé et de services sociaux, à la hiérarchisation des services, au cadre organisationnel dans lequel les participants œuvrent, à la mission de l'institution, au climat de travail et à l'implication de l'employeur.

par conflits. Par exemple, dans le cadre de cette recherche, l'intervenant social peut ajuster et réajuster sa représentation à travers les relations avec ses collègues de travail. Conséquemment, la représentation individuelle de l'intervenant social devient une représentation partagée.

3.6.2 Une élaboration mentale : la construction d'une réalité propre aux intervenants sociaux selon leur milieu de travail

Pour mieux cerner les représentations sociales de la collaboration de ces intervenants, la présente recherche a tenu compte : (a) du milieu de travail des participants et de leurs missions respectives; (b) de la place et du rôle qu'ils jouent dans leur équipe de travail; (c) des responsabilités qu'ils ont envers le jeune et sa famille, en plus de leur équipe professionnelle; et, (d) des échanges sociaux avec le jeune et sa famille, de leurs collègues de travail (du même établissement ou d'un autre) et des gestionnaires qui encadrent leur travail. Ainsi, afin de faire le point sur la manière dont les représentations sociales se sont construites pour chaque intervenant social (CJ-SLSJ et CSSS-SLSJ) dans ce contexte, une exploration des éléments suivants a été réalisée:

- (i) Les connaissances et le savoir des participants au sujet de la collaboration. Il est important de noter que cette conception peut avoir une influence positive ou négative sur les comportements adoptés en situation de collaboration entre deux organisations;
- (ii) Les images les plus évocatrices de la collaboration dans la réalité des intervenants sociaux;

(iii) Les attitudes (favorables ou défavorables/positives ou négatives) qu'ils adoptent lorsqu'ils collaborent avec l'autre organisation (CJ ou CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean)³⁰.

3.6.3 La diffusion et la signification d'une représentation sociale

Tel que Rateau (2007) l'a démontré, tous les individus ne partagent pas les mêmes significations d'une représentation, car ils ne partagent pas tous les mêmes valeurs, expériences antérieures, normes ou croyances. Cela dit, les significations des représentations sociales de la collaboration dépendent des expériences vécues par les intervenants sociaux, ainsi que de ce qui leur a été transmis, soit par leur établissement employeur, leur milieu de travail ou leur appartenance à une association professionnelle (OTSTCFQ³¹). De plus, ces significations sont parfois partagées, ou non, par les membres d'un groupe qui élaborent une vision consensuelle de la réalité vécue par ce même groupe (Jodelet, 1989). Cette réalité, ici, fait référence à toutes les activités de collaboration vécues par les intervenants sociaux du CJ et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette recherche avait donc pour but de déterminer si les significations des représentations sociales de la collaboration sont consensuelles ou non chez les intervenants d'un même milieu de travail et d'un milieu différent.

³⁰ Notons que tous ces éléments seront explorés à l'aide des différents outils méthodologiques présentés dans le chapitre suivant.

³¹ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

3.6.4 La représentation sociale comme contenu et processus

3.6.4.1 *Le contenu*

Considérant que le contenu (produit) d'une représentation sociale est repérable dans diverses productions verbales ou écrites, la présente recherche a fait le parallèle entre le contenu «idéal» et le contenu «réel» (Jodelet, 1993).

Le contenu «idéal» fait référence aux données recensées dans les différents articles scientifiques, rapports de recherche, ainsi que d'autres documents portant sur les facteurs d'influence positive ou négative de la collaboration. Le contenu «réel» des représentations sociales de la collaboration a été repéré par les productions verbales des participants à travers les entrevues de recherche qualitatives menées avec eux. De plus, à l'aide des cartes associatives, des productions écrites ont aidé à mieux cerner le contenu «réel» de ces représentations³².

Ainsi, il a été primordial d'analyser et de déterminer les différences et les similitudes entre les éléments du contenu «idéal» et celles du contenu «réel» des représentations sociales de la collaboration. Par le fait même, il a été possible de mieux cibler les composantes de la collaboration, à améliorer ou à développer, entre les deux

³² Tous ces outils méthodologiques seront présentés au chapitre suivant.

établissements de services sociaux. D'après les propos de Moliner et al. (2002), «connaître la représentation d'un objet donné dans un groupe donné permet d'améliorer la communication à propos de cet objet» (p.30), en plus, «d'espérer comprendre les logiques qui motivent les prises de position, les décisions, les jugements, etc.» (p.36).

3.6.4.2 Le processus

Étant donné les limites temporelles et budgétaires de cette étude, il a été difficile de déterminer à quel moment se situent les représentations sociales de la collaboration des participants à travers les différentes étapes du processus de développement des représentations sociales: (a) la phase d'émergence; (b) la phase de stabilité; et, (c) la phase de transformation. Des méthodes de recherche longitudinales sont nécessaires pour déterminer le moment où les représentations sociales se situent dans les différentes phases de développement.

Par contre, à l'aide des différents outils de recherche, il a été possible d'explorer les éléments du système périphérique qui représentent l'essentiel du contenu d'une représentation sociale (Abric, 1994). Ce contenu se retrouve dans la phase de stabilité d'une représentation et évoque alors la réalité du moment (Rateau, 2007). De plus, ces éléments sont situés dans la partie la plus accessible, vivante et concrète des représentations sociales (Abric, 1994). Rappelons également que le système

périphérique contient «des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances» (Abric, 1994, p.25).

Bref, cette étude s'inscrit dans le courant de recherche initié par les travaux de Moscovici (1961) et Jodelet (1972-1973), qui se rattachent à l'étude du contenu des représentations sociales, ainsi qu'à l'analyse des conséquences de leur structure sociale et de leur formation. Moliner et al. (2002) portent une attention particulière sur le fait qu'il est tout à fait légitime et fondé d'étudier les représentations sociales :

- Chaque fois que l'on pourra observer un décalage entre les données objectives d'une situation et les prises de position, les jugements et les conduites adoptées par les individus;
- Chaque fois que l'on pourra observer que des individus placés dans des conditions similaires manifestent des prises de positions, des jugements ou des conduites différentes;
- Chaque fois que l'on souhaitera comprendre les significations que des individus attribuent à certains aspects de leur environnement (p.36).

Ainsi, c'est en observant de plus près les représentations sociales de la collaboration qu'il a été possible de comprendre la signification de la collaboration pour les intervenants sociaux du CJ et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui interviennent avec des jeunes présentant des TM. Enfin, c'est avec les conditions qui légitiment les études au sujet des représentations sociales de Moliner et al. (2002) que les quatre

objectifs de cette recherche ont été développés. Pour mieux comprendre la signification de cette collaboration, il a donc fallu s'intéresser aux trois éléments de contenu des représentations sociales, soit l'information, l'image et l'attitude, pour ensuite les comparer d'un groupe d'intervenants à un autre (CJ versus CSSS). Le chapitre suivant fait état des objectifs de cette recherche, ainsi que de l'approche méthodologique utilisée pour répondre à ces objectifs.

CHAPITRE 4 LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le présent chapitre présente l'approche méthodologique privilégiée dans le cadre de cette étude. La première partie porte sur les objectifs et les questions de recherche, en plus d'apporter des précisions sur le type d'étude choisi. En second lieu, les différents aspects concernant la collecte des données sont présentés, c'est-à-dire la population et l'échantillon à l'étude, les outils de collecte utilisés, ainsi que la description du processus de collecte en lui-même. Enfin, des informations à l'égard de l'analyse des données sont présentées, pour ensuite terminer avec une section consacrée aux considérations éthiques liées au présent mémoire.

4.1 LES OBJECTIFS ET LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette recherche a pour objet la collaboration entre les intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués, particulièrement ceux travaillant au CJ du Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans les six CSSS de cette même région. Plus spécifiquement, ce mémoire vise à connaître et comprendre comment les intervenants sociaux du CJ-SLSJ et des CSSS de la région œuvrant auprès des jeunes présentant des TM se représentent la collaboration entre les deux services. Par le fait même, les trois premiers objectifs spécifiques de la recherche font référence aux trois éléments du contenu (Information-Image-Attitude) des représentations sociales. Le quatrième objectif spécifique vise à déterminer s'il existe des convergences et des divergences dans le contenu des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux

de ces deux milieux institutionnels. Il est important de spécifier que pour tous les objectifs de recherche, la collaboration est d'abord explorée de manière générale, pour ensuite être étudiée sous un angle plus spécifique à partir de situations de jeunes présentant des TM. Les questions de recherche de cette étude sont donc les suivantes :

1. Quelles sont les connaissances des intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région œuvrant auprès des jeunes présentant des TM à propos de la collaboration et d'où ces informations proviennent-elles?
2. Quelles sont les images de la collaboration entre les services du CJ et des CSSS de la région chez les intervenants sociaux qui y travaillent?
3. Quelles attitudes les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région adoptent-ils lorsqu'ils collaborent dans une intervention auprès d'un jeune présentant un TM?
4. Quelles sont les convergences et les divergences dans le contenu des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux des deux milieux institutionnels à l'étude?

4.2 LE TYPE D'ÉTUDE : UNE DÉMARCHÉ EXPLORATOIRE-DESCRIPTIVE

La méthodologie de recherche qualitative a été employée, ici car elle permet de comprendre le sens de la réalité sociale et d'avoir une vision plus holistique et plus globale de celle-ci (Deslauriers, 1991; Fortin, 2006; Paillé, 1996). Le but ultime des

études qualitatives «est de découvrir, d'explorer, de décrire des phénomènes et d'en comprendre l'essence» (Fortin, 2006, p.25-26), et ce, tels qu'ils sont vécus et relatés par les personnes.

Par ces méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives, flexibles et souples (Deslauriers, 1991; Paillé, 1996), la recherche qualitative soutient la découverte de phénomènes nouveaux ou l'exploration de phénomènes connus, complexes et mouvants (Deslauriers, 1991; Fortin, 2006). En occurrence, le phénomène étudié dans le cadre de ce projet de recherche est la collaboration entre les intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués au CJ-SLSJ et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. En fait, depuis une vingtaine d'années, ces types de collaboration sont en constante évolution, en raison du fait qu'elles sont de plus en plus prônées à l'intérieur des différentes organisations des services sociaux jeunesse au Québec (Bérubé, Goyette, Maltais, & Plamondon, 2007; Gouvernement du Québec & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998a, 1998b; Goyette & Charest, 2007; Lacour & al., 2004 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Pratiquées par les chercheurs des représentations sociales (Abric, 1989; Moliner, Rateau, & Cohen-Scali, 2002; Moscovici, 1961; Jodelet, 1984), les recherches qualitatives permettent la collecte de données denses et riches (Frisch, 1999; Miles &

Huberman, 2003). En effet, elles permettent de faire ressortir des explications et des descriptions se rapportant «au fonctionnement des systèmes sociaux, aux perceptions des individus et à la manière dont ceux-ci interprètent leur propre comportement ou celui des autres» (Fortin, 2006, p.26), et ce, dans un contexte naturel (Flick, 2009; Miles & Huberman, 2003) et ancré dans le temps réel (Deslauriers, 1991). Dans le cas de la présente recherche, ces explications et ces descriptions ont fait émerger des convergences et des divergences au sujet de la collaboration entre les deux groupes d'intervenants sociaux étudiés.

4.3 LA POPULATION À L'ÉTUDE

Cette recherche a ciblé comme population³³ les personnes détenant un baccalauréat en travail social œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués au CJ-SLSJ (Bureaux d'Alma, Chicoutimi et Jonquière) et dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CSSS de Chicoutimi, CSSS de Jonquière, CSSS Lac-Saint-Jean Est, CSSS Domaine-du-Roy). Il importe cependant de préciser ici que le bureau de services externes du CJ-SLJS à Chibougamau a été exclu de l'étude en raison de sa situation géographique et de sa réalité particulière concernant les services offerts.

³³ Bien que des démarches aient été réalisées auprès des services des ressources humaines des CSSS et du CJ impliqués dans cette étude afin de déterminer le nombre d'intervenants sociaux pouvant être inclus dans la population à l'étude, les services des ressources humaines des établissements concernés n'ont pas été en mesure de fournir ces informations. En conséquence, il n'est pas possible d'estimer la taille de la population.

4.3.1 L'échantillon et la méthode d'échantillonnage

Au total, 10 personnes ont été sélectionnées pour participer à cette étude. Plus spécifiquement, l'échantillon était constitué de cinq personnes en provenance du CJ-SLJS et de cinq personnes en provenance des CSSS de la région. La taille de l'échantillon est tributaire du type d'étude, c'est-à-dire de son caractère exploratoire (Fortin, 2006). Il faut souligner que le concept de la saturation des données n'a pas été appliqué à cette recherche, compte tenu des considérations économiques et temporelles qui ont limité le nombre d'intervenants ayant participé aux entrevues. En somme, tel que Miles et Huberman (2003) l'indiquent, «les chercheurs qualitatifs travaillent habituellement avec des petits échantillons de personnes, nichés dans leur contexte et étudiés en profondeur – à la différence des chercheurs quantitatifs qui recherchent de multiples cas décontextualisés et visent une représentativité statistique» (p.58). Plus spécifiquement, les intervenants sociaux qui ont participé à cette étude répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- Détenir un baccalauréat en travail social ;
- Être en poste ou à contrat à cette fonction depuis au moins six mois ;
- Avoir au moins deux ans d'expérience professionnelle ;
- Être intervenu dans un dossier d'au moins un jeune présentant un diagnostic de TM³⁴ et avoir collaboré soit avec le CJ-SLSJ ou un des CSSS de la région (selon la provenance de l'intervenant).

³⁴ Le diagnostic de TM doit avoir été donné par un psychiatre et exclut, dans le cas de cette recherche, toute déficience intellectuelle et trouble organique lié à des traumatismes crâniens, par exemple.

À la lumière du cadre de référence proposé et des considérations économiques et temporelles (Flick, 2009), le projet de recherche présenté est de nature non expérimentale. Cela implique que la méthode d'échantillonnage retenue est non probabiliste et qu'aucun groupe de comparaison n'a été constitué (Monette & Jobin, 1996). En outre, la participation à l'étude s'est effectuée sur une base volontaire, avec la signature de consentements écrits. Tel que Fortin (2006) l'entend, un échantillonnage non probabiliste n'est pas constitué sur la base du hasard ou, dit autrement, du fait que chaque personne d'une population donnée a la même chance d'être retenue pour participer à l'étude. Cela étant dit, l'échantillon de l'étude a été constitué sur la base du critère d'homogénéité, par l'utilisation de critères d'inclusion plus limitatifs (Kerlinger, 1975) afin de reproduire le plus fidèlement la population à l'étude (Deslauriers, 1991). Ainsi, le type d'échantillonnage utilisé relève de l'échantillonnage par réseaux, aussi appelé échantillonnage «en boule de neige». Cette méthode de recrutement consiste à demander à des personnes de suggérer le nom d'autres personnes susceptibles de vouloir participer à l'étude (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000). Ces personnes se servent des critères d'inclusion afin de bien cibler les autres participants potentiels.

Voici comment s'est actualisée concrètement cette méthode d'échantillonnage par réseaux dans le présent projet de recherche. Le recrutement des participants s'est amorcé à la fin mars 2010, à la suite de l'acceptation du projet de recherche au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux et au Comité

d'éthique de la recherche de l'UQAC (Annexe B). D'abord, une première prise de contact a été réalisée auprès de la Direction de la recherche universitaire du CSSS de Chicoutimi afin de connaître les noms des chefs de programmes des CSSS pouvant faciliter le recrutement des participants à la recherche. La même procédure a été réalisée auprès du Comité scientifique du CJ du Saguenay-Lac-Saint-Jean, afin de cibler les chefs de service de l'application des programmes.

Par la suite, des lettres d'information et le formulaire d'information et de consentement (10) ont été envoyés aux chefs de programmes des CSSS de la région et du CJ-SLSJ, ainsi qu'aux directeurs des services professionnels (DSP) des CSSS Domaine-du-Roy et Lac-Saint-Jean-Est (Annexe C). Quelques jours après la réception des lettres, des appels téléphoniques ont été effectués aux destinataires afin de présenter sommairement la recherche et de répondre à leurs questions. Tel que le mentionne Frisch (1999), une prise de contact téléphonique précédée d'envois postaux facilite considérablement le travail de recrutement. Les chefs de programmes des CSSS ayant répondu à notre demande ont ciblé des intervenants répondant aux critères d'inclusion et leur ont distribué une lettre expliquant le projet de recherche (Annexe D), ainsi que le formulaire d'information et de consentement. Enfin, les chefs de programmes des CSSS ont demandé aux intervenants sociaux de contacter l'étudiante-chercheuse afin qu'elle puisse les inviter personnellement à participer au projet de recherche et planifier une rencontre avec eux. Il est important de souligner que leur participation s'est effectuée sur

une base volontaire et qu'ils pouvaient en tout temps quitter le processus de recherche, et ce, sans préjudice.

Au CJ-SLSJ, la procédure de recrutement a été différente, car un seul chef de services a eu recours à la même méthode qu'au CSSS, qui consistait à cibler eux-mêmes les intervenants sociaux potentiels à participer à l'étude. Donc, le recrutement des participants au CJ-SLJS s'est poursuivi lors d'une rencontre d'équipe de 14 personnes au bureau de Chicoutimi afin d'expliquer, en profondeur, les procédures méthodologiques de l'étude et de recruter des participants. À la suite de cette rencontre, une personne s'est portée volontaire afin de participer à l'étude et c'est grâce à celle-ci que les trois derniers participants ont pu être rejoints, avec l'utilisation de la technique d'échantillonnage par réseaux.

4.3.2 Les caractéristiques des participants

Comme le démontre le tableau 5, dix participants ont accepté de prendre part à ce projet de recherche. Sur ces dix participants, deux d'entre eux sont des hommes et huit sont des femmes. Étant donné que cette étude visait à explorer les représentations sociales de la collaboration chez des intervenants sociaux qui se distinguent par leur appartenance organisationnelle, un nombre égal de participants ont été recrutés dans chaque établissement visé par l'étude, soit cinq participants provenant du CJ-SLJS et

cinq travaillant dans un CSSS de la région. Concernant les intervenants sociaux du CJ-SLJS, trois travaillaient au bureau de Chicoutimi, un au bureau de Jonquière et un autre au bureau d'Alma. Pour les intervenants sociaux des CSSS, deux provenaient du CSSS du Chicoutimi et un intervenant social était issu de chaque établissement suivant : CSSS de Jonquière, CSSS Lac-Saint-Jean-Est et CSSS Domaine-du-Roy.

En ce qui concerne le programme dans lequel ils travaillaient, au CJ-SLSJ, un participant œuvrait à l'évaluation et à l'orientation et les quatre autres à l'application des programmes. Pour les CSSS, trois participants étaient assignés au programme Jeune-Enfance-Famille (1^{ère} ligne) et deux au programme de Santé mentale jeunesse (2^e ligne). En moyenne, les participants cumulaient 11,3 ans d'expérience professionnelle dans les services sociaux et 4,3 ans d'expérience professionnelle au poste qu'ils occupaient au moment de la collecte de données. Finalement, parmi les participants à l'étude, huit étaient titulaires d'un baccalauréat en travail social et deux d'une maîtrise en travail social.

Tableau 5
Principales caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

Caractéristiques des participants		n	%
Genre			
	Homme	2	20
	Femme	8	80
Établissements			
CJ-SLSJ	Bureau de Chicoutimi	3	30
	Bureau Jonquière	1	10
	Bureau d'Alma	1	10
CSSS	CSSS de Chicoutimi	2	20
	CSSS de Jonquière	1	10
	CSSS Lac-Saint-Jean Est (Alma)	1	10
	CSSS Domaine-du-Roy (Roberval)	1	10
Programmes ou secteur de travail			
CJ-SLSJ	Évaluation- Orientation	1	10
	Application des programmes	4	40
CSSS	Programmes Jeune-Enfance-Famille (1 ^{ère} ligne)	3	30
	Santé mentale jeunesse (pédopsychiatrie-2 ^e ligne)	2	20
Nombre d'années d'expérience professionnelle			
	De 0 à 4 ans	1	10
	De 5 à 9 ans	4	40
	De 10 à 14 ans	2	20
	De 15 à 19 ans	2	20
	De 20 à 24 ans	1	10
Nombre d'années d'expérience professionnelle à ce poste			
	De 0 à 4 ans	8	80
	De 5 à 9 ans	1	10
	De 20 à 24 ans	1	10
Dernier diplôme obtenu			
	Baccalauréat travail social	8	80
	Maîtrise en travail social	2	20

4.4 LES OUTILS DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Tel que Moliner, Rateau et Cohen-Scali (2002) le précisent, l'étude des représentations sociales passe, en tout premier lieu, par l'identification des éléments constitutifs de celles-ci. Pour ce faire, le chercheur doit dresser la liste des opinions, des croyances ou des informations que les personnes d'un groupe donné partagent en regard de l'objet (Moliner, et al., 2002). A priori, la recherche sur les représentations sociales d'un objet passe principalement par des méthodes de collecte de données qualitatives et exploratoires. Cela dit, la collecte de données de cette étude s'est articulée autour de trois outils de la recherche qualitative : (a) la fiche signalétique (b) la carte associative et (c) l'entrevue semi-dirigée. Ces méthodes sont présentées de façon plus détaillée au cours des paragraphes suivants.

4.4.1 La fiche signalétique

Afin de bien cerner les représentations sociales convergentes et divergentes chez les intervenants sociaux œuvrant avec des jeunes présentant des TM au CJ-SLJS et dans les CSSS de la région, il est important de connaître leur provenance et leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Pour ce faire, une fiche signalétique a été utilisée afin de recueillir des informations sur les participants à propos de leur genre, leur lieu de travail (établissement), leur formation académique, leur nombre d'années d'expérience professionnelle et le poste qu'ils occupaient au moment de la recherche

(Annexe E). Cette fiche comprenait neuf questions, dont trois questions à choix de réponses et six questions à développement. Enfin, il a fallu prévoir environ trois minutes pour compléter cette fiche signalétique.

4.4.2 La carte associative

La carte associative fait partie d'un ensemble de démarches associatives et réflexives à partir de stimuli variés, utilisées couramment dans l'étude des représentations sociales (Moliner, et al., 2002). Ces associations font référence à une production verbale à partir d'un stimulus, qui peut être de nature variée, que ce soit un mot, une image ou un ensemble d'informations (Moliner, et al., 2002). Dans le cadre de cette recherche, les participants ont eu à produire des séries d'associations, et ce, en trois étapes bien distinctes, avec le mot stimulus «collaboration», afin de faire ressortir les éléments de contenu des représentations sociales associés à ce terme (Annexe F).

Cette technique, facile et rapide, permet une plus grande spontanéité chez les personnes interrogées, tout en facilitant un accès rapide à des éléments qui constituent l'univers sémantique de l'objet de représentation étudié (Abric, 1994; Bonardi & Rousseau, 1999; Seca, 2001). Les démarches associatives et réflexives à partir de stimuli variés se font de manière complémentaire à une production verbale (ex. une entrevue) et dépassent le niveau descriptif de celle-ci en reflétant généralement «les relations qui

unissent les images, concepts, idées entre eux» (Moliner, et al., 2002, p.70). Donc, la carte associative permet de découvrir des relations significatives entre les éléments (mots) produits à l'aide d'un stimulus (le mot «collaboration»).

La carte associative a été complétée par le participant avant de réaliser l'entrevue afin d'éviter que les questions posées en entrevue viennent induire des réponses à l'exercice associatif et, ainsi, préserver le caractère spontané de cette technique de recherche (de Rosa, 2003). De plus, par souci de faciliter la compréhension des participants, les consignes ont été présentées par écrit et accompagnées d'un exemple fictif, élaboré à partir du mot stimulus «travail» (Moliner, et al., 2002) (voir l'exemple en annexe F). Les personnes devaient compléter l'exercice à partir du mot stimulus «collaboration». Finalement, le temps requis pour compléter la carte associative se situait entre 10 à 20 minutes, selon le participant.

4.4.3 L'entrevue semi-dirigée

La troisième méthode de collecte de données utilisée dans le cadre de cette recherche est l'entrevue de recherche individuelle. Deslauriers (1991) définit celle-ci comme étant «une interaction limitée et spécialisée, conduite dans un but spécifique et centrée sur un sujet particulier» (p.33). Parallèlement, Fortin (2006) a énuméré les trois fonctions principales de l'entrevue de recherche : «1) examiner des concepts et

comprendre le sens d'un phénomène, tel qu'il est perçu par les participants; 2) servir comme principal instrument de mesure et 3) servir de complément aux autres méthodes de collecte des données» (p.304). Il importe également de spécifier que le type d'entrevue privilégiée ici est l'entrevue semi-dirigée. Pour Savoie-Zajc (2000), l'entrevue semi-dirigée se définit de cette manière :

[...] une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude. (p.266)

De plus, ce type d'entrevue est utilisé afin d'obtenir davantage d'informations propres au sujet étudié (Fortin, 2006), que le questionnaire et l'entrevue non-dirigée peuvent plus difficilement faire ressortir (Flick, 2009). Par ailleurs, notons que selon Abric (1994) et Moliner, et al. (2002), l'entrevue semi-dirigée est une méthode de collecte de données indispensable à l'étude des représentations sociales. En effet, le chercheur a la possibilité d'accéder *in vivo* aux représentations sociales d'un groupe précis, telles qu'elles existent au moment de l'étude (Moliner, et al., 2002). Flexible (Fortin, 2006), cette méthode de collecte de données permet au chercheur de maîtriser, dans une certaine mesure, la production verbale du participant (Moliner, et al., 2002), et ce, à l'aide d'un guide d'entrevue comportant les thèmes généraux de la recherche (Flick, 2009; Mayer, et al., 2000). Le guide d'entrevue présente des questions ouvertes qui permettent de découvrir les opinions, les croyances, les informations, les attitudes et

les images des intervenants sociaux au sujet de la collaboration, en plus d'avoir des idées plus précises à propos de leurs diverses expériences de collaboration. Tel que Fortin (2006) le souligne, les questions ouvertes favorisent la «libre expression de la pensée et [permettent] un examen approfondi de la réponse du participant» (p.306). En somme, l'entrevue semi-dirigée donne accès à l'expérience individuelle de la personne interrogée à l'égard d'événements, de situations, d'opinions et d'émotions propres à celle-ci (Laperrière, 2000; Moliner, et al., 2002).

Le guide d'entrevue développé pour cette étude comporte deux parties (Annexe G). La première partie a été élaborée de manière à cerner plus spécifiquement les éléments du contenu (information-image-attitude) des représentations sociales de la collaboration interorganisationnelle et de la collaboration interprofessionnelle. Plus précisément, il a été question des représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux au CJ-SLJS et des CSSS-SLSJ en ce qui concerne: (a) leur conception de la collaboration; (b) leurs expériences de collaboration; (c) leurs attentes face à leurs activités de collaboration avec leurs partenaires; et, (d) l'implication de leur employeur dans les activités de collaboration. La deuxième partie du guide d'entrevue a été réalisée à l'aide de la technique de l'incident critique (TIC) (Flanagan, 1954). En fait, la TIC «permet d'obtenir des données auprès des participants grâce à l'analyse approfondie d'incidents et de comportements précis liés au sujet étudié» (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Tanato Beck, 2007, p.298). Ainsi, il a été demandé aux intervenants de cibler deux

situations d'intervention impliquant une activité de collaboration : l'une à dénouement positif et l'une à dénouement négatif³⁵. C'est à partir de ces deux situations critiques que l'entrevue a été menée. Cette technique est utilisée dans le but d'aider le participant à être le plus spécifique possible dans la description d'un incident précis survenu antérieurement et ce, en l'aidant à inclure le plus de détails possibles (Kemppainen, 2000). Ainsi, cela facilite la collecte et l'analyse de comportements observés dans une situation précise (Kemppainen, 2000), qui est ici la collaboration, et d'en arriver à découvrir et à clarifier certains éléments de cette même situation. Pour chacune des situations (à dénouement négatif ou à dénouement positif), chaque incident a été recueilli de manière bien distincte. Toutefois, ils ont été traités selon le même processus : (a) l'identification de la situation critique, (b) l'explication des motifs justifiant le choix de la situation et (c) une discussion à l'égard, notamment, des facteurs ayant influencé positivement ou négativement cette situation (Bergeron-Leclerc, 2010). Enfin, cette entrevue, d'une durée se situant entre 60 et 120 minutes, a été enregistrée, avec l'accord écrit du participant, sur un support audio numérique pour des fins d'analyse.

Le tableau 6 présente les principaux thèmes et sous-thèmes qui ont été abordés avec les participants lors de l'entrevue. Afin de mettre la personne interrogée à l'aise, une courte introduction lui a été exposée. Cette introduction comprenait une présentation de

³⁵ Les intervenants sociaux devaient être intervenus dans le dossier du jeune qui présentait un TM au moins trois mois, et ce, pour chacune des situations, afin d'être en mesure de bien expliquer les situations.

l'étudiante, des objectifs de recherche, des différents outils de collecte de données utilisés, ainsi que des règles de confidentialité.

Tableau 6
Thèmes et sous-thèmes généraux du guide d'entrevue

Première partie : Questions associées aux trois éléments du contenu des représentations sociales (Information – Image – Attitude)	
La conception de la collaboration selon les participants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La signification de la collaboration ▪ La connaissance des différentes formes de collaboration ▪ La provenance des informations ▪ La compréhension de la collaboration
Les expériences spécifiques de collaboration des participants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les circonstances de collaboration ▪ Les moyens utilisés ▪ Le climat de travail ▪ Les facteurs d'influence positifs et négatifs
Les expériences générales de collaboration chez les participants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les raisons qui les poussent à collaborer ▪ La confidentialité comme facteur aidant ou faisant obstacle à la collaboration ▪ Les attentes liées à la collaboration ▪ L'implication de l'employeur
Deuxième partie : Questions associées à la technique de l'incident critique	
Les mêmes questions ont été posées tant pour la situation négative que la situation positive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le type de collaboration ▪ Les acteurs impliqués ▪ Les motifs associés au choix de cette situation ▪ Les facteurs ayant entravé cette collaboration: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour l'intervenant ○ Pour l'intervention avec le jeune et sa famille ▪ Les facteurs ayant facilité cette collaboration : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour l'intervenant ○ Pour l'intervention avec le jeune et sa famille ▪ Ce que le participant a le plus apprécié ▪ Ce que le participant a le moins apprécié ▪ Les changements dans leur pratique professionnelle à la suite de cette expérience ▪ Ce qu'il changerait si cette situation se représentait ▪ Les trois mots induits en se remémorant cette situation

4.5 LE DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

À la suite de l'approbation des différents comités scientifiques et d'éthique auxquels le projet de recherche a été soumis, la collecte de données a débuté le 9 avril 2010 pour se terminer le 17 juin 2010. La présente section décrit le processus de collecte de données.

Les rencontres avec les intervenants sociaux ont été réalisées individuellement, dans une salle fermée dans les différents établissements. À noter qu'il y a eu une rencontre pré-test afin de vérifier la justesse du contenu du guide d'entrevue et des autres outils de collecte de données. À la suite de ce pré-test, quelques questions ont été retirées, car celles-ci étaient répétitives. Par contre, cette entrevue pré-test a été intégrée à l'échantillon, car les changements au guide d'entrevue étaient très mineurs.

Il est à noter que les 10 rencontres se sont déroulées de la manière suivante. D'abord, une présentation de l'étudiante-chercheure et de son projet de recherche a été réalisée. Par la suite, le formulaire d'information et de consentement a été lu avec le participant et celui-ci a signé deux exemplaires de ce formulaire (une copie pour le participant et une copie pour l'étudiante-chercheure) (Annexe C). Ensuite, le déroulement de la rencontre a été brièvement discuté et sa durée a été précisée. Ainsi, la collecte de données a pu débiter par les explications de la fiche signalétique, pour

ensuite laisser le participant répondre lui-même aux questions. La même procédure a été utilisée pour la carte associative.

L'entrevue semi-dirigée s'est, quant à elle, amorcée par la lecture de l'introduction qui précisait les objectifs de l'entrevue et ses différentes parties (Annexe G). Les aspects liés à la confidentialité de l'entrevue et de son contenu ont aussi été rappelés, en raison de son enregistrement audio numérique. À la fin de l'entrevue, de sincères remerciements ont été faits à tous les participants. Cette entrevue semi-dirigée était la conclusion du processus de collecte de données pour chaque participant. Dans l'heure qui a suivi la réalisation des rencontres, une note d'entrevue a été écrite par l'étudiante-chercheure afin de rapporter tous les éléments ayant pu faire varier les données recueillies, tels que les lieux, les acteurs, les événements et les problèmes techniques pouvant être survenus durant la rencontre, le déroulement de la rencontre, de même que les sentiments, les impressions et l'état d'esprit de l'étudiante-chercheure (Deslauriers, 1991; Flick, 2009; Mayer, et al., 2000).

4.6 L'ANALYSE DES DONNÉES

Tout d'abord, les données provenant des entrevues semi-dirigées et des cartes associatives ont été analysées de manière qualitative. En effet, à la suite de la retranscription des entrevues sous forme de verbatims, une analyse thématique de

contenu a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 8. L'analyse thématique de contenu implique de classer ou codifier divers éléments d'un message à l'intérieur de catégories dans le but de «faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel dont une description scientifique détaillée mène à la compréhension de la signification exacte du point de vue de l'auteur à l'origine du matériel analysé [...]» (L'Écuyer, 1990, p.120).

Afin de réaliser une analyse de contenu appropriée, les étapes de Mayer, et al. (2000) ont été suivies. D'abord, il y a eu une préparation du matériel. Tel que mentionné ci-haut, les entrevues enregistrées ont été retranscrites intégralement. Ensuite, la préanalyse a pu débiter par plusieurs lectures de tous les verbatims des entrevues, ainsi que des cartes associatives afin d'avoir une vue d'ensemble du matériel recueilli. Subséquemment, l'exploitation du matériel a pu débiter. Pour ce faire, des opérations de codage et de catégorisation ont été réalisées. Bardin (1977) définit le codage comme étant :

[...] une transformation - effectuée selon des règles précises - des données brutes du texte. Transformation qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet d'aboutir à une représentation du contenu, ou de son expression, susceptible d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte qui peuvent servir d'indices [...]. (p.102)

La catégorisation s'est réalisée à l'aide d'un modèle mixte, ce qui signifie qu'une partie des catégories étaient déjà préexistantes, faisant référence aux différents thèmes

du guide d'entrevue, et qu'une autre partie des catégories ont été induites en cours d'analyse par l'étudiante-chercheure (Mayer, et al., 2000). Finalement, les données ont pu être interprétées pour la présentation des résultats de l'étude. Les extraits les plus éloquents et représentatifs des verbatims ont été retenus pour ensuite être présentés dans le mémoire. Il faut ajouter que les cartes associatives ont fait l'objet de calculs d'indice de fréquence, de rang et de catégories.

Concernant les données provenant des fiches signalétiques, celles-ci ont été analysées à l'aide d'un traitement quantitatif descriptif avec le logiciel Microsoft Excel 2010. Étant donné l'aspect comparatif de l'étude, il est important de préciser que les caractéristiques recueillies dans les fiches signalétiques ont été analysées avec attention pour bien faire les distinctions entre les deux groupes d'intervenants sociaux à l'étude.

4.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE

Les dimensions éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains exige que les participants comprennent en quoi consiste la recherche et donnent leur consentement libre et éclairé (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH); Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), 2010). L'énoncé de la politique des Trois conseils fait en sorte que les participants ne soient pas contraints de participer à la recherche ni manipulés en ce sens, qu'ils ne soient ni observés, ni

enregistrés injustement, qu'ils soient informés des avantages et des inconvénients de leur participation et qu'ils soient en mesure de comprendre ce qu'implique leur participation. Pour faciliter le consentement éclairé des participants à l'étude (intervenants sociaux du CJ-SLJS et de CSSS-SLSJ), le formulaire d'information et de consentement a été présenté, lu et signé au début de l'étude (annexe C).

Le respect de la vie privée et de l'autonomie des individus et des groupes est le fondement éthique du respect des sujets de recherche (CRSH & CRSNG, décembre 2010). Afin de préserver l'anonymat des participants à l'étude, un code a été attribué à chacun en début de processus. De cette façon, aucun nom ne s'est retrouvé sur les fiches signalétiques, les cartes associatives, le matériel audio (contenu numérique) et sur les verbatims des entrevues. Par ailleurs, afin d'assurer la confidentialité des données recueillies, les fiches signalétiques, les cartes associatives, le matériel audio et les verbatims ont été conservés dans un classeur verrouillé, accessible uniquement à l'étudiante-chercheuse de l'étude, ainsi qu'à ses directrices. Les données informatisées ont été protégées au moyen d'un mot de passe modifié régulièrement. De plus, toujours dans le but de respecter la vie privée des individus, le contenu du matériel audio sera détruit soit cinq ans après la fin de l'étude. Par ailleurs, seules l'étudiante-chercheuse travaillant sur le projet et ses directrices ont eu accès aux données recueillies. Le respect des participants a également été assuré en permettant aux individus, à tout moment, de

quitter le processus de recherche, sans avoir à fournir de raison et sans subir de préjudices.

CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS

Le présent chapitre fait état des résultats de cette recherche portant sur les représentations de la collaboration chez les intervenants sociaux (CSSS/CJ-SLSJ)³⁶ œuvrant auprès de jeunes ayant des TM et présentant un besoin de protection. Il est divisé en deux sections. La première traite de la compréhension et de la conceptualisation de la collaboration chez les intervenants des CSSS et du CJ-SLSJ. La seconde, quant à elle, explore les déterminants de la collaboration, en détaillant les facteurs influençant la collaboration, tant positivement que négativement, dans le discours des répondants des deux établissements³⁷.

5.1 LA COMPRÉHENSION ET LA CONCEPTUALISATION DE LA COLLABORATION CHEZ LES INTERVENANTS SOCIAUX DU CJ ET DES CSSS

La présente section aborde deux principaux thèmes. Le premier fait une synthèse des définitions de la collaboration avancées par les participants et des principales caractéristiques qui en découlent. Ensuite, une deuxième section permet d'explorer les connaissances des intervenants au regard de la collaboration, de même que les motifs qu'ils associent à la réalisation d'activités de collaboration et les moyens qu'ils mettent de l'avant pour les actualiser.

³⁶ Étant donné que ce chapitre de résultats concerne seulement les participants du Centre jeunesse et des centres de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, ces deux établissements seront seulement désignés par CJ et CSSS.

³⁷ Il est à noter que les extraits de verbatims sont identifiés à l'aide d'un code numérique afin de préserver l'anonymat des participants. Par contre, l'abréviation des établissements où les participants travaillent est indiquée pour faciliter la comparaison entre les opinions des intervenants du CSSS et ceux du CJ.

5.1.1 Les définitions et les caractéristiques de la collaboration

D'entrée de jeu, il importe de faire certaines précisions avant d'aborder plus spécifiquement les définitions avancées par les répondants au sujet de la collaboration. D'une part, il est intéressant de mentionner que tous les répondants avaient, au moment de la collecte des données, déjà entendu parler de la collaboration, que ce soit lors des réunions, de discussions d'équipe ou lors de journées spéciales du conseil multidisciplinaire du CJ. Certains répondants (n=3) avaient également eu l'occasion de se familiariser avec ce concept par le biais de lectures provenant, en particulier, de leur formation universitaire en travail social. De plus, la majorité des répondants ont précisé qu'ils vivaient la collaboration au quotidien et qu'ils étaient de plus en plus amenés à travailler en ce sens.

À cet égard, bien que les participants aient tendance à définir indirectement la collaboration, en parlant plutôt de ses déterminants³⁸ (les facteurs d'influence négative et positive), ainsi que des moyens pour l'actualiser (par ex. : conversations téléphoniques, rencontres), deux grands thèmes émergent principalement de leur discours et sont développés dans cette sous-section : (a) l'importance du travail d'équipe et (b) la poursuite d'objectifs communs entre professionnels. Afin de compléter ces tendances

³⁸ Il faut noter que les déterminants de la collaboration entre le CJ-SLSJ et les CSSS seront détaillés dans la deuxième section du présent chapitre.

issues du discours des répondants, les principaux termes que ces derniers ont associé au mot «collaboration» dans les cartes associatives sont ensuite présentés.

5.1.1.1 L'importance du travail d'équipe

D'une part, il importe de souligner que la notion de *travail d'équipe* est présente dans les définitions proposées par la grande majorité des répondants, et ce, indépendamment de leur provenance (n=8). En effet, huit des dix intervenants interrogés ont insisté sur l'importance de travailler ensemble auprès des jeunes ayant des TM. Ce travail d'équipe renvoie, selon eux, à la participation et à l'engagement des intervenants impliqués dans le processus d'intervention afin de répondre le mieux possible aux besoins du jeune et de sa famille. Dans le même sens, la notion de *partenaire* est également omniprésente à travers les définitions proposées par les répondants, qui insistent sur l'importance de la solidarité entre les intervenants lorsqu'ils collaborent. Effectivement, quatre participants ont parlé de *l'entraide* et du *soutien* entre les intervenants de différents milieux. Les extraits suivants résument bien les idées avancées par les répondants lorsque ces derniers définissent le concept de collaboration.

Je le vois un peu comme un travail d'équipe où on s'associe différents professionnels ou plusieurs professionnels ensemble pour atteindre un objectif commun concernant un besoin de la clientèle et qu'est-ce qu'on peut mettre sur pied comme moyen. (P-06-CSSS)

C'est de l'entraide entre différents professionnels pour être en mesure de bien cerner les besoins d'un enfant et de donner les services auxquels il a droit par rapport à ça. Ce serait une entraide. (P-08-CJ)

En parallèle avec les grandes idées communes au sujet du travail d'équipe des intervenants du CJ et des CSSS, quatre intervenants en provenance des CSSS y ont ajouté les dimensions de *temps* et de *disponibilité*. En fait, les participants des CSSS définissent la collaboration interorganisationnelle en précisant qu'il faut être disponible aux collaborateurs, et ce, en prenant le temps de s'asseoir ensemble. En ce sens, un participant met l'accent sur la complémentarité dans l'exercice du travail d'équipe et le respect des rôles spécifiques à chaque intervenant. Enfin, deux intervenants ont souligné l'importance d'avoir un langage commun pour arriver à bien se comprendre et se connaître entre organisations.

5.1.1.2 La poursuite d'objectifs communs entre différents professionnels

En second lieu, les participants ont noté, dans leurs définitions de la collaboration, la nécessité de *faire consensus* autour des mêmes objectifs, afin de prendre les meilleures décisions possibles pour leur clientèle (n=7). Cela renvoie à l'importance d'avoir une vision commune de la situation, et ce, malgré les différents rôles des professionnels au dossier. À cet égard, un participant du CJ ajoute que ce consensus ne se fait pas seulement entre les intervenants et les organismes, mais également avec les familles. Pour ce participant, l'implication de la famille dans le processus de planification de l'intervention est primordiale afin d'arriver à un consensus.

Collaboration, ça me fait penser [...] à deux ou trois organismes qui vont établir des collaborations justement pour un but commun, qui est

habituellement l'atteinte des objectifs, mais chez le client. Donc, c'est vraiment une représentation commune de plusieurs organismes qui s'entendent sur des objectifs bien précis. (P-02-CSSS)

C'est sûr que pour avoir un consensus et offrir un meilleur service au client et à sa famille, aussi aider l'accès aux services et aider la famille un peu à faire des... inviter la famille de faire des choix par rapport à des opinions cliniques et... vraiment un consensus autour de notre clientèle. (P10-CJ)

Parallèlement à l'importance de s'entendre sur des objectifs communs, la majorité des répondants (n=8) soulignent la nécessité, dans l'atteinte de ces objectifs, d'avoir recours, lorsque le besoin se fait sentir, à des collègues qui possèdent une *expertise complémentaire* à la leur. Cette expertise est, selon eux, essentielle pour mieux répondre aux besoins spécifiques du jeune et de sa famille. De telles expériences de collaboration permettent, selon un participant, une meilleure offre de services en raison de toutes les expertises qui gravitent autour du client.

À la complémentarité, le support, le soutien, mais quand on regarde les situations où ça l'a bien été c'est ce qui ressort aussi. Le partage des responsabilités [...] c'est beaucoup moins lourd quand chacun fait son affaire et qu'ils partagent la responsabilité dans une situation x et qu'ils n'ont pas peur de se mouiller au même titre que toi et qu'on garde le cap tout le monde ensemble, c'est bien plus aidant. (P-04-CJ)

En définitive, à la lumière des propos exposés par les participants, la collaboration semble se définir de la façon suivante : un travail d'équipe, entre partenaires, orienté vers des objectifs communs d'intervention et une complémentarité des expertises afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes et leurs familles.

5.1.1.3 Les termes associés à la collaboration dans les cartes associatives

Afin d'en apprendre davantage sur le sens du mot « collaboration », les intervenants ont été invités à réaliser une carte associative (voir la section 4.4.4.2 pour la description de la méthode). À la fin de cet exercice, 236 mots ont été identifiés par les intervenants, pour qualifier la collaboration. Ces termes ont pu être regroupés en huit catégories de sens, dont l'importance a été établie en fonction du pointage associé à chaque mot³⁹. Ces huit catégories sont : (a) les notions reliées au travail d'équipe; (b) la communication; (c) les termes associés au savoir-être et au savoir-faire des intervenants; (d) les moyens reliés à l'intervention et aux activités de collaboration; (e) l'entraide entre les intervenants; (f) les partenaires; (g) les résultats positifs des interventions; et, (h) les difficultés survenues lors d'activités de collaboration.

La catégorie ayant accumulé le plus de points est celle qui englobe les notions reliées au **travail d'équipe**, avec 125 points soit 25% des réponses émises. Dans cette première catégorie, les intervenants ont mis l'accent sur plusieurs termes, entre autres: « équipe » (11 points), « client » (9 points), « travail d'équipe » (6), ainsi que « cohérence », « participation » et « liens » (à 4 points chacun). Le mot « client » a été inclus dans les notions reliées au travail d'équipe, car selon les participants, le client au

³⁹ Le pointage ou le poids des mots a été déterminé à la suite de leur classification en fonction de leur fréquence d'apparition dans les cartes associatives et de leur rang moyen d'apparition. Le facteur multiplicatif était de 3 pour les mots apparaissant au premier rang, de 2 pour les mots au deuxième rang et de 1 pour ceux du troisième rang.

centre de la dynamique de l'équipe d'intervention. En ce sens, le client a également un droit de parole dans le processus d'intervention. Pour les mots « cohérence », « participation » et « liens », ils ont été inclus dans cette catégorie en raison de l'importance d'avoir une cohérence d'équipe dans le processus d'intervention (que tout le monde aille dans le même sens), de la portée de la participation constante de tous les membres de l'équipe et de la qualité des liens et des interactions dans les échanges d'équipe. La deuxième catégorie comptabilise, quant à elle, des termes reliés à la **communication** (93 points et 19%), notamment : « l'ouverture à la communication » (16 points), « l'échange d'informations » (12 points), « le partage d'informations » (10 points) « la discussion » (9 points), ainsi que « la disponibilité » et « l'écoute » (avec 8 points chacun). Concernant la troisième catégorie, qui porte sur le **savoir-être et le savoir-faire** des intervenants (88 points et 18%), des mots, tels que « le respect » (16 points), « l'humilité » (8 points), « le savoir-être » (4 points) ainsi que « la confiance en soi » et « la remise en question » (3 points chacun), sont ressortis des cartes associatives. Les cinq dernières catégories ne sont pas détaillées ici, car les sommes de leurs points sont moins importantes que les trois premières catégories. Par contre, le tableau 7 présente toutes les catégories en ordre d'importance, de même que les principaux termes s'y rattachant.

Tableau 7
Les huit catégories de mots associées à la «collaboration» dans les cartes associatives

Rang	Catégories	Exemples de mots nommés par les répondants	Sommes des points	Pourcentage
1	Le travail d'équipe	Équipe- Client- Cohérence	125	25%
2	La communication	Ouverture- Échanges- Partage	93	19%
3	Le savoir-être et le savoir-faire des intervenants sociaux	Respect- Humilité- Savoir-être	88	18%
4	Les moyens reliés à l'intervention et aux activités de collaboration	Plan d'intervention- Entente de services- Références	52	11%
5	L'entraide entre les intervenants	Entraide- Support- Appui	44	9%
6	Les partenaires	Intervenants- Éducateurs- Réseau	42	9%
7	Les résultats positifs des interventions	Efficacité- Atteinte des objectifs- Réussite	31	6%
8	Les difficultés survenues lors d'activités de collaboration	Crise- Contrainte- Fermeture	16	3%
Total			491	100%

À la fin de l'entrevue, plus précisément lors des présentations des situations d'incidents critiques des répondants, des mots-clés ont également été demandés pour décrire les situations positives et négatives vécues. Cette démarche a permis de comparer les mots émergeant des cartes associatives à ceux mentionnés verbalement lors de l'entrevue. D'abord, il est important de préciser que les huit catégories préalablement ciblées pour les cartes associatives ont aussi été nommées ici. Par contre, les participants ont fait ressortir une neuvième catégorie associée aux sentiments vécus par les

répondants lors de leurs expériences de collaboration positives ou négatives. Au total, 52 mots-clés ont été recueillis.

Tout d'abord, lorsque l'on fait la somme des catégories les plus mentionnées, que ce soit dans les situations positives ou négatives, il est possible de retrouver, comme première catégorie, le savoir-être et le savoir-faire des intervenants sociaux (27,5% des mots-clés formulés). Pour les situations positives, les participants ont nommé des mots tels que le «bon jugement professionnel», la «reconnaissance» et le «respect». Évidemment, dans les situations négatives, c'est plutôt l'absence de ces éléments qui est notée : le «manque de jugement professionnel», le «non-respect des opinions professionnelles» et le «manque de respect envers les autres». La deuxième catégorie la plus mentionnée concerne les sentiments vécus lors des activités de collaboration (25%). Elle englobe des mots tels que «fierté», «réussite», «plaisir», «amertume», «tristesse» et «déception». Les autres catégories, soit l'entraide entre les intervenants, le travail d'équipe, les difficultés vécues, la communication et les moyens reliés à l'intervention et aux activités de collaboration, ont été nommées avec des pourcentages allant de 3,5% à 12,5%.

Il est également intéressant de mentionner que les mots-clés de la catégorie de l'entraide entre les intervenants ont été seulement énoncés lors de la description des

situations positives (25%), tout comme les moyens reliés à l'intervention et aux activités de collaboration (7%). De plus, la catégorie des relations d'aide entre les intervenants est la plus importante des situations positives. Ensuite, la catégorie où les répondants ont exprimé davantage de mots-clés pour les situations négatives est celle du savoir-être et du savoir-faire des intervenants sociaux (37,5%). Enfin, il est important de souligner que les participants n'ont nommé aucun mot parmi les catégories des partenaires et des résultats positifs des interventions, comme c'était le cas pour les cartes associatives, et ce, que ce soit pour les situations de collaboration positives ou négatives. Conséquemment, ces deux catégories ne se retrouvent pas dans le tableau 8, qui présente tous les mots-clés énumérés par les répondants pour les descriptions de leurs situations positives et négatives.

Tableau 8
Les mots-clés nommés dans les situations positives et négatives

Catégories	% total catégories	Situations positives			Situations négatives		
		Mots-clés	N mots	%	Mots-clés	N mots	%
Les relations d'aide entre les intervenants	12,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien (2x⁴⁰) • Support • Appui • Meilleures connaissances des TM • Expertise appréciée • Recommandations 	7	25%	N/A	0	0%
Les sentiments vécus	25%	<ul style="list-style-type: none"> • Fierté • Réussite (3x) • Plaisir (2x) 	6	21%	<ul style="list-style-type: none"> • Amertume • Tristesse • Déception (2x) • Décevant • Déconcertant • Malaises 	7	29%
Le travail d'équipe	11%	<ul style="list-style-type: none"> • Complémentarité (2x) • Objectifs communs • Travail d'équipe • Intérêt de l'enfant 	5	18%	<ul style="list-style-type: none"> • Plate (pas de cohésion) 	1	4%
Le savoir-être et le savoir-faire des intervenants sociaux	27,8%	<ul style="list-style-type: none"> • Bon jugement professionnel • Reconnaissance • Considération des opinions professionnelles des autres • Respect 	5	18%	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de jugement professionnel • Non-respect de l'opinion professionnelle • Non-respect • Manque de respect envers les autres • Impulsivité • Non-compréhension • Manque d'empathie • Abus de pouvoir • Non-confiance 	9	37,5%
Les moyens reliés à l'intervention et aux activités de collaboration	3,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Pistes d'intervention utiles • Suivis rigoureux 	2	7%	N/A	0	0%
La communication	9,8%	<ul style="list-style-type: none"> • Très bonne communication • Partage d'informations 	2	7%	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'ouverture • Non-ouverture • Manque de communication 	3	12,5%
Les difficultés survenues lors d'activités de collaboration	10,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des résultats d'intervention 	1	4%	<ul style="list-style-type: none"> • Grande Difficulté • Bureaucratie (trop) • Paperasse (trop) • Perte de temps 	4	17%
Total	100%		28 mots	100%		24 mots	100%

⁴⁰ Le «x» signifie fois.

5.1.2 Les motifs associés à la réalisation d'activités de collaboration

Au-delà des définitions qu'ils donnent de la collaboration, les intervenants interrogés justifient l'importance de réaliser des activités de collaboration en évoquant deux principaux contextes propices à l'émergence de celles-ci, à savoir : (a) la nécessité de recourir aux services spécialisés offerts seulement par un autre établissement, et (b) les situations menant à un transfert personnalisé de la part du CJSLSJ vers les CSSS.

D'une part, plusieurs intervenants (n=8) soulignent que le motif principal qui les incite à collaborer entre eux est lié à l'offre de services spécialisés des deux établissements. En fait, indistinctement de leur établissement d'appartenance, les participants soulignent qu'ils rencontrent plusieurs jeunes présentant des TM en plus de présenter d'autres difficultés, notamment des retards de développement ou des troubles d'apprentissage. Cette comorbidité dans les problématiques rencontrées contribue, selon deux intervenants du CSSS, à ce que les jeunes se retrouvent dans une zone grise de services. Cela explique, bien souvent, la difficulté qu'ils rencontrent lorsqu'il s'agit de déterminer les services nécessaires pour le jeune et sa famille.

Dans un tel contexte, les motifs évoqués pour expliquer le recours aux services spécialisés d'un autre établissement diffèrent, selon que les répondants œuvrent au sein du CJ ou du CSSS. En effet, les intervenants du CJ font davantage appel aux CSSS en

raison de leur expertise au sujet de la santé mentale jeunesse 1^{ère} et 2^e lignes et des soins médicaux. De ce fait, ils ont souvent recours aux services des CSSS pour des demandes d'informations. Le deuxième motif qui incite les intervenants du CJ à collaborer avec ceux des CSSS concerne les situations qui mènent à un transfert personnalisé. Enfin, un participant soulève un point important dans ses raisons de collaborer avec les CSSS en affirmant qu'il doit faire appel à d'autres organisations en raison de sa limite d'intervention liée au mandat légal de son établissement. Selon la mission des CJ, ce n'est effectivement pas aux intervenants sociaux qui y œuvrent d'intervenir sur des difficultés qui ne sont plus reliées au besoin de protection, ces services sont de l'ordre de la 1^{re} ligne.

De leur côté, tous les participants du CSSS ont répondu avoir besoin des services du CJ exclusivement lorsque le développement ou la sécurité du jeune est compromis, principalement en raison des conséquences négatives du TM sur le jeune en question et son environnement (violence, agressivité, opposition sévère, comportements bizarres, etc.). Ainsi, les intervenants du CSSS font des demandes de placement en hébergement au comité d'accès (FA, RI ou CR) ou d'aide éducative spécialisée en trouble sévère de comportement ou en toxicomanie. Ces participants mentionnent que lorsqu'ils font appel au CJ, c'est qu'il n'y a plus d'alternatives possibles pour mener les interventions de manière adéquate dans le cadre du mandat du CSSS et qu'ils ont alors besoin d'un cadre d'intervention plus restreint. Selon ces répondants, c'est une situation qui a souvent lieu

lorsque les parents ou le jeune démontrent un «faux volontariat», qui se caractérise par des absences répétitives lors des rencontres au CSSS ou lorsqu'un des deux parents n'est pas tout à fait volontaire à collaborer à l'intervention afin d'améliorer la situation de son jeune ou de sa famille. Le tableau 9 présente différentes illustrations au sujet des motifs évoqués par les intervenants sociaux pour avoir recours aux services d'autres établissements.

Tableau 9
Illustrations des motifs évoqués par les intervenants pour recourir à des services
spécialisés d'un autre établissement en fonction de leur appartenance
organisationnelle

Provenance des répondants	Motifs évoqués	Illustrations
CJ	Transfert personnalisé avec mesures ordonnées	<i>Je dirais que la loi nous aide aussi parce que maintenant on le sait que les autres organisations sont imputables de la dispensation de leurs services, fait que ça... ça nous a aidés, moi je l'ai remarqué, depuis que ça l'a été modifié. Quand on fait une demande à une organisation et qu'on a une ordonnance qui l'appuie, bien la personne elle s'organise pour le donner le service [...]. (P-04-CJ)</i>
	Besoin de services spécialisés en santé mentale jeunesse de 2 ^e ligne	<i>Parce que ce qu'on a, dans le fond, c'est que nous on a des clients avec des multiproblématiques, donc on ne pourrait pas simplement survivre avec un suivi par un intervenant social ou un éducateur dans certaines situations. Ça ne serait pas suffisant, souvent ils ont des problèmes de développement ou de santé mentale, alors, ça prend des services plus spécialisés. (P-08-CJ)</i>
CSSS	Besoin de services spécialisés en toxicomanie (mandat donné au CJLSJ)	<i>C'est vraiment quand j'identifie, quand je fais mon évaluation et que j'identifie trop d'aspects à travailler. Bien c'est deux choses : soit s'il y a une majeure...s'il y a une majeure en toxico ou une majeure en aide éducative. Je ne suis pas intervenant en toxico et je ne suis pas éducateur. Moi je dis ce sont des choses que je peux travailler quand c'est une mineure. Mais quand c'est une majeure, donc les champs d'expertise vraiment spécifiques vont m'inciter ou si j'ai besoin d'une ressource... de l'aide éducative, mais aussi d'une famille d'accueil et si on s'en va vers le placement... donc ça c'est une chose. (P-02-CSSS)</i>
	La situation familiale est devenue à risque pour le développement ou la sécurité du jeune	<i>On a des situations où nous autres on a atteint un certain niveau, qu'on trouve que les enfants, le développement est compromis ou leur sécurité et qu'on ne peut plus avancer parce qu'il y a des limites au niveau des parents ou au niveau du jeune et que ça prendrait une loi pour venir mettre des choses en place qu'on n'arrive pas à faire en volontaire. Fait qu'à ce moment-là on va faire appel au centre jeunesse bien sûr, on va faire des signalements. Ensuite, quand eux autres ils ont retenu un signalement et ils vont l'évaluer, parfois ils vont nous les transférer après aussi. (P-03-CSSS)</i>

5.1.3 Les moyens utilisés par les intervenants pour collaborer entre eux

Les moyens cités pour accomplir des activités de collaboration sont très semblables pour les deux groupes d'intervenants interrogés. Peu importe leurs objectifs (par ex. : fonctionnement clinico-administratif; élaboration ou révision d'un PI-PSI), les rencontres constituent le moyen le plus utilisé pour les activités de collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle. Ensuite viennent les discussions téléphoniques et les formations communes. Il faut, par contre, nuancer au sujet des formations communes, car trois participants du CSSS qui en ont fait mention ont précisé qu'elles étaient très rares ou que cela faisait longtemps qu'ils n'avaient pas été invités à y participer. Enfin, bien que ces moyens soient moins fréquemment nommés, notons que les ententes de services, les Équipes d'intervention jeunesse (EIJ), la table de concertation jeunesse et un colloque ont été mentionnés lors des entrevues. Le tableau 10 fait, plus spécifiquement, état des moyens énumérés par les participants pour collaborer entre eux, tout en précisant le nombre de fois où chacun de ces moyens a été mentionné dans le discours de ces derniers.

Tableau 10
Les moyens utilisés par les intervenants pour favoriser la collaboration

Moyens	n
Rencontres (d'équipe, de révision, de bilans, de discussions cliniques, d'informations, d'élaboration de PI ou PSI, d'étude de cas)	10
Téléphones	4
Formations communes	3
Ententes de services (CLSC, CRDITED, Pédopsychiatrie 2 ^e ligne)	2
Équipe d'intervention jeunesse (EIJ)	2
Table de concertation jeunesse et Colloques	2

5.1.4 Le climat de travail lors d'activités de collaboration

Pour résumer le point de vue général des répondants en ce qui concerne le climat de la collaboration, il est possible de dégager trois grandes tendances dans le discours des participants : ceux qui sont d'avis que le tout se déroule de manière positive (n=6), ceux qui sont partagés entre le positif et le négatif (n=2) et, finalement, ceux qui sont d'avis que le tout est négatif (n=2).

D'une part, trois participants du CJ sont d'avis que le climat de travail est généralement bon et convivial lors d'activités de collaboration avec le CSSS. Cette appréciation positive s'explique, selon ces répondants, par les balises mises en place par le biais des ententes de service, de même que par les idées communes qui sont habituellement présentes concernant les objectifs poursuivis dans l'intervention. Dans le

même sens, trois intervenants sociaux des CSSS sont d'accord pour dire que le climat de travail se réalise, de façon générale, dans le respect, le non-jugement et la politesse, tout en favorisant le partage d'opinions et l'échange d'informations.

Je te dirais de façon positive en fait parce que je pense qu'elles ont été bien établies et que les ententes ont été signées et... bonne écoute je pense que ça fait quelques années aussi là que c'est mis en place là. Le climat... je le vois de façon positive. (P-08-CJ)

En général... je dirais... je trouve qu'en général il y a une belle collaboration qui s'établit entre les éducateurs. Vraiment avec les éducateurs du centre jeunesse, c'est vraiment très bien dans la collaboration. Les échanges d'informations c'est fluide, ça va très vite. Une belle alliance thérapeutique, on arrive à se faire un portrait commun de l'enfant, on partage nos opinions, c'est généralement respecté. Non, c'est très positif en général. (P-05-CSSS)

Par ailleurs, deux autres participants du CJ font mention que le climat peut tendre soit vers le positif ou le négatif selon les divergences d'opinions et le tempérament des acteurs qui sont présents dans l'activité de collaboration. Pour ces intervenants, le savoir-être des partenaires y est pour beaucoup dans l'appréciation de l'expérience de collaboration.

C'est partagé, ça dépend des acteurs qui sont présents. Les acteurs... ça va aussi loin que la personnalité. Parce que ce n'est pas un intervenant x, mais des fois ce sont des incompatibilités de tempérament, on travaille avec des humains... ça dépend, ça peut être super positif, ça peut super bien aller dans une situation, mais de se retrouver avec d'autres acteurs qui font en sorte que la dynamique va changer, c'est difficile [...].(P-04-CJ)

Par contre s'il y a des divergences d'opinions, des choses comme ça, ça peut devenir un petit peu plus complexe. Mais tant que l'objectif poursuivi demeure le même, c'est facilitant pour tout le monde. (P-07-CJ)

Enfin, deux participants du CSSS se disent insatisfaits du climat de travail établi avec leurs confrères du CJ. Tous deux sont d'avis que ce climat négatif résulte : (a) de l'incompréhension des critères justifiant la non-rétention des signalements et (b) de l'obligation du CSSS à accepter des transferts personnalisés⁴¹. Parallèlement, un participant précise que ce climat négatif n'est pas relié au savoir-être et au savoir-faire des intervenants du CJ, mais bien à des critères faisant en sorte qu'un signalement est retenu ou non. Concernant l'obligation du CSSS à accepter des transferts personnalisés, ce même participant soulève qu'il existe un déséquilibre par rapport à l'acceptation de ces transferts. En effet, il mentionne que le CSSS ne refuse que très rarement des demandes de transferts personnalisés en raison de l'obligation ordonnée par la LPJ. Par contre, si c'est le CSSS qui fait une demande de transfert personnalisé au CJ-SLSJ, le participant indique que le CJ-SLSJ n'accepte la demande qu'en de rares occasions. De plus, un autre participant mentionne qu'il est difficile de créer un climat de travail adéquat entre deux organisations lorsque des intervenants sociaux du CJ sont absents du processus de collaboration. Pour ce participant, cela donne à penser que le CJ préférerait travailler en vase clos.

⁴¹ Par contre, le CSSS peut être en mesure de ne pas accepter un transfert personnalisé s'il ne possède pas les ressources appropriées pour répondre à celui-ci.

Quand c'est le centre jeunesse qui nous envoie, qui nous réfère des familles et des jeunes, c'est toujours une très belle collaboration parce qu'on refuse rarement des demandes. Mais dans l'autre sens, c'est plus difficile. Quand on a fait tout ce qu'on avait à faire, qu'on est à bout de moyens, qu'on est à bout de souffle dans nos interventions et qu'on juge que le dossier devrait retourner au Centre jeunesse, la collaboration est très difficile. C'est très, très difficile et ce ne sont pas les personnes en soit là, les personnes ne sont pas désagréables, c'est la loi et les critères d'admissibilité qui font que c'est difficile et non les intervenants en place. (P-01-CSSS)

Ce n'était pas facile en effet parce qu'il y avait plusieurs dossiers et le centre jeunesse et il y a plusieurs places pour se réunir, mais ils sont absents! Ils ne sont pas là! Des fois, on a des formations, ils seraient supposés être là, ils ne sont pas là. Des fois il y a des tables de concertation, ils sont supposés être là, ils ont leur place, ils ne sont pas là, il n'y a personne qui les représente, il n'y a rien. Alors, tu te dis : c'est quoi le respect envers les autres? C'est vraiment comme en vase clos, on dirait qu'on fait notre job et c'est fini. Et je trouve ça plate de dire ça parce que moi j'aime le centre jeunesse, j'aimais le centre jeunesse et là je me dis... voyons! C'est à cause que je suis au CLSC... mais non! Moi je me dis regarde, tu ne peux pas travailler en vase clos comme ça parce que même si on n'a pas la même philosophie. (P-03-CSSS)

5.2 LES DÉTERMINANTS DE LA COLLABORATION ENTRE LE CSSS ET LE CJ

Dans le deuxième volet de ce chapitre, il est question de distinguer les facteurs personnels et les facteurs organisationnels pouvant influencer la collaboration entre le CJ et le CSSS. Pour chaque facteur énoncé, une classification des facteurs d'influence positive ou négative est présentée, et ce, en énumérant ceux qui sont communs et distincts entre le CSSS et le CJ.

5.2.1 Les facteurs reliés aux intervenants sociaux

La présente section met en lumière les différents facteurs influençant la collaboration et qui sont reliés aux intervenants eux-mêmes. Il est donc possible d'y retrouver les thèmes suivants : (a) la capacité des intervenants à travailler en équipe; (b) la communication entre les intervenants; (c) la connaissance et la compréhension du contexte d'intervention et organisationnel de chaque établissement, ainsi que; (d) les caractéristiques liées au savoir-être.

5.2.1.1 *La capacité des intervenants à travailler en équipe*

Tel que mentionné dans les définitions de la collaboration données par les participants, la capacité à travailler en équipe fait partie intégrante des facteurs d'influence positive de la collaboration (n=9). Il est clair, pour les intervenants, que pour bien répondre aux besoins du jeune et de sa famille, il est essentiel de travailler en équipe. Ce travail, pour qu'il soit efficace, résulte de l'interaction entre divers facteurs. Deux conditions essentielles au travail d'équipe ont été nommées : la *cohésion* et la *complémentarité*. Ces deux conditions nécessitent des qualités personnelles telles que l'ouverture et une attitude positive avant d'amorcer un processus de collaboration.

En commençant une collaboration dans un climat positif, ils sont d'avis qu'il est beaucoup plus facile d'obtenir une véritable *cohésion d'équipe*. Cette cohésion est indispensable, selon eux, pour favoriser la mobilisation, l'implication, l'engagement et la participation⁴² des intervenants au dossier, en plus d'encourager l'obtention de consensus à travers les différentes étapes du processus d'intervention. D'une part, pour huit participants, le consensus permet d'avoir une vision commune de la situation problématique du jeune et de sa famille. Trois intervenants précisent également que le consensus permet de bien orienter la structure de l'intervention à venir, notamment en ce qui concerne les moments des prochaines rencontres de suivi et de bilans, les objectifs, les moyens, ainsi que les échéanciers de l'intervention. Ces mêmes répondants portent, de plus, une attention très particulière à l'importance de faire consensus à propos du fonctionnement de l'équipe d'intervention, dont, la détermination et la délimitation des tâches, des rôles et des responsabilités de chaque intervenant, et ce, selon la mission spécifique de chaque établissement. Selon les participants, cela évite bien des conflits, mésententes et divergences d'opinions.

La capacité qu'on a de faire consensus, le respect de nos opinions et de faire consensus sur les besoins, sur les objectifs à établir, la confiance aussi qu'on a entre chacun des professionnels. (P-05-CSSS)

Je pense que c'est que chacun est en mesure de déterminer les objectifs, l'intérêt et de travailler dans le même sens. Alors on ne cherche pas à s'approprier l'intervention au complet. C'est vraiment tout le monde ensemble, on y va dans une atteinte d'objectifs et c'est comme ça. (P-07-CJ)

⁴² Ces trois éléments seront expliqués au point 5.2.1.4 : « Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux ».

Par ailleurs, un autre point important lié au travail d'équipe et soulevé par plusieurs participants (n=7) concerne la *complémentarité* entre les membres de l'équipe de professionnels. Cette complémentarité est perçue comme un appui indispensable à leur travail d'intervention. D'abord, les intervenants (n=5) considèrent le fait de travailler en collaboration comme une possibilité d'être soutenus, encadrés et aidés dans leur travail. Ces mêmes intervenants ont également mentionné que cela leur donnait l'impression de ne pas porter seuls les responsabilités d'une intervention plus difficile. Ainsi, ils sentent la situation moins lourde et moins complexe, car ils ne sont pas seuls à prendre les décisions. De plus, lorsqu'une difficulté survient, ils savent qu'il y aura d'autres personnes pour les conseiller ou prendre le relais de l'intervention. En plus d'avoir l'avantage de soutenir les intervenants, la présence des différents professionnels et organismes autour de la table permet de proposer des lectures professionnelles différentes des difficultés vécues par le jeune et sa famille. Selon les répondants (n=6), ces différentes perspectives d'analyse peuvent aider les autres intervenants : (a) à orienter leur intervention en donnant des informations supplémentaires sur le client; et, (b) à acquérir de nouvelles connaissances, tant sur le plan de la santé physique ou mentale, qui sont souvent utiles pour leurs interventions ultérieures.

Ça nous permet de connaître les autres professionnels et d'avoir souvent la même façon de travailler. [...] Un autre facteur facilitant... Nous autres on a la possibilité d'être encadrés et appuyés par d'autres professionnels en travaillant au CSSS. (P-06-CSSS)

Quand il y avait des moments plus difficiles dans la famille, avec le parent ou quand il y en a un de moins disponible, que l'autre prenne le relais. C'est

vraiment un travail d'équipe complémentaire quand on se soutient et qu'on est ensemble vers un but. (P-04-CJ)

Par contre, il est également important de mentionner que certaines dimensions du travail d'équipe paraissent négatives pour certains participants (n=3). En effet, trois répondants du CSSS ont abordé des difficultés liées aux caractéristiques des intervenants qui, selon eux, influencent négativement la collaboration. À cet égard, ces intervenants ont exprimé avoir l'impression que les intervenants du CJ manquaient parfois d'ouverture lors de la réalisation d'activités de collaboration. De ce fait, ils expriment avoir eu l'impression, à quelques reprises, que le CJ exerçait une mainmise sur les objectifs et les moyens présentés dans le plan d'intervention. Ceux-ci ont également mentionné qu'ils n'ont pas eu le choix de prendre les moyens proposés par le CJ pour continuer leur intervention, que ce soit lors d'une situation de placement ou une intervention en toxicomanie au CJ.

Manque d'ouverture ou manque de possibilité aussi... je ne veux pas pointer personne là, mais n'empêche que... « C'est ça! C'est ça! ». Donc, ils ont pris en charge la situation. Ils ont pris en charge le placement, nous autres on n'a pas eu de nouvelles, on se retrouve devant un petit peu les faits accomplis. Ils ne savent pas l'histoire, ça c'est au bon vouloir des intervenants, s'ils ont le temps. Et ils ont leur contexte eux autres aussi. (P-06-CSSS)

Les chasses gardées, j'avais l'impression que c'était moi contre eux autres et eux autres c'était toute la gang du centre jeunesse, ils se relayaient et je le sais pas... c'est bizarre. (P-03-CSSS)

Tout compte fait, il a été possible de démontrer que les intervenants sociaux des CSSS et du CJ accordent une importance primordiale à avoir, dès le début de leurs activités de collaboration, une attitude d'ouverture au travail d'équipe pour favoriser le consensus et la complémentarité. Par contre, trois participants du CSSS ont souligné certaines insatisfactions face à l'ouverture des intervenants sociaux employés par le CJ. À la suite de l'énumération des difficultés liées au travail d'équipe, il va de soi de se questionner sur les différents aspects de la communication entre les intervenants sociaux des deux milieux à l'étude. Ces aspects sont abordés dans la prochaine section.

5.2.1.2 La communication entre les intervenants

D'emblée, la majorité des intervenants (n=8) interrogés jugent la communication comme étant primordiale et centrale lors d'activités de collaboration.

Quand on ne communique pas entre nous autres et qu'on n'a pas de moment arrêté pour échanger nos informations et refaire des bilans, on vient qu'on perd le fil. Et ça ne prend pas grand-chose pour dans le fond déstabiliser une belle collaboration là. Il suffit qu'on n'ait pas transmis une information [...] que là finalement on bousille toute notre intervention. Alors, je pense que c'est le point central. Le fait d'avoir beaucoup de communication, ça c'est important de l'établir dès le départ. Et quand c'est clair et que c'est établi au départ, habituellement chacun fait ses affaires et ça va bien. (P-04-CJ)

La qualité de la communication est abordée, dans leur discours, en lien avec trois principaux facteurs d'influence positive et négative, à savoir (a) la clarté de la

communication, (b) la capacité d'écoute et d'échange des partenaires, ainsi que (c) la disponibilité à utiliser les moyens afin de mieux communiquer.

D'une part, trois intervenants du CJ font référence à la clarté de la communication comme facteur susceptible d'influencer la collaboration entre eux et les intervenants des CSSS. Ainsi, ces intervenants ont mentionné que les messages de leurs collègues du CSSS se doivent d'être clairs et faciles à comprendre. Pour ce faire, deux de ces répondants sont d'avis que, dès le début des activités de collaboration, chaque intervenant doit exprimer clairement ses attentes et ses craintes. L'un d'entre eux mentionne également que les partenaires doivent s'exprimer avec transparence, honnêteté et authenticité. Ils ajoutent aussi que ces derniers ne doivent pas avoir peur de «*nommer les vraies affaires*» (P-08-CJ). Enfin, il est possible de remarquer que ces facteurs positifs sont davantage exprimés sous forme d'attentes, ce qui semble indiquer que ces conditions ne sont pas toujours présentes dans les expériences de collaboration vécues. De ce fait, la majorité des répondants (n= 7) soulignent, quant à eux, que le fait d'avoir un langage d'intervention différent, d'un organisme à l'autre, est susceptible d'influencer négativement la communication lors d'activités de collaboration interorganisationnelle. À titre d'exemple, un employé du CSSS affirme que pour faire un signalement à la DPJ, il doit employer un langage spécifique avec les intervenants du CJ pour que son signalement soit retenu, entre autres dans les situations d'aliénation parentale. L'extrait suivant illustre bien les éléments qui, selon les participants, sont

susceptibles de faire obstacle à l'établissement d'une communication claire entre les partenaires

Je vais citer un exemple. Il y a à peu près deux ans, si je parlais d'aliénation parentale au centre jeunesse, pff! Ça ne passait pas. Et là maintenant on parle d'aliénation parentale, c'est automatique, c'est retenu». (P-06-CSSS)

Dans le même sens, certains intervenants (n=4) affirment que des obstacles peuvent parfois rendre la compréhension et l'interprétation des échanges difficiles. De ce fait, la capacité d'écoute et d'échange des partenaires est un aspect qui semble très important, chez plusieurs intervenants interrogés (n=4), afin de faciliter la communication et, conséquemment, les activités de collaboration entre le CJ et le CSSS. À cet égard, ces répondants ont insisté sur le fait qu'il est fondamental de bien écouter et comprendre les collègues avec qui ils collaborent. Toutefois, malgré l'importance accordée aux capacités d'écoute et d'échange, plusieurs répondants (n=1 du CJ et n=4 du CSSS) notent un manque de réciprocité à cet égard qui, selon eux, influence négativement la communication et, par le fait même, la collaboration. En fait, il semble que les intervenants du CSSS aient l'impression d'être écartés de la démarche d'intervention et le sentiment que leur expertise ne soit pas reconnue auprès de leurs pairs du CJ. Lors de placement sous la juridiction de la LSSSS, les intervenants du CSSS notent une difficulté à obtenir de l'information en général par rapport à des situations nouvelles vécues par le jeune et sa famille, notamment des événements particuliers (des fugues, des difficultés scolaires, des comportements inadéquats), qui pourraient remettre en

cause des décisions prises antérieurement dans le plan d'intervention de la famille. Qui plus est, deux intervenants du CSSS ont mentionné qu'ils ont dû appeler au CJ pour avoir le nom du nouvel intervenant responsable de leur jeune à la suite à un placement. Ensuite, trois intervenants des CSSS expriment une difficulté à avoir des informations sur l'évolution d'un signalement qu'ils ont eux-mêmes fait pour un jeune et sa famille. Dans plusieurs cas, les intervenants des CSSS ont suivi ces familles pendant plusieurs mois et ils se désolent de ne pas avoir de nouvelles de l'évolution de la situation du jeune une fois la prise en charge par le CJ. En plus, ces mêmes intervenants du CSSS disent ne pas avoir été contactés par le CJ pour qu'ils puissent les informer de leurs démarches d'intervention antérieures au signalement. Ils auraient pu donner de précieuses informations pour les guider dans leur processus d'intervention. Selon un répondant du CJ, cette difficulté serait présente au sein même de son établissement, entre les différents services qui y sont offerts. À titre d'exemple, ce dernier souligne le manque d'échanges d'informations entre les services de protection et ceux de l'aide aux jeunes contrevenants. Ainsi, lorsqu'au sein d'une même famille, sont offerts simultanément des services en vertu de la LPJ et de LSJPA par le CJ, les intervenants impliqués ne seraient pas toujours conscients des interventions qui se font en parallèle des leurs. Dans le même sens, lorsqu'une famille a déjà un historique de services au CJ, les intervenants de cet établissement ne consulteraient pas toujours leurs collègues qui ont travaillé antérieurement dans ce même dossier.

Moi, je m'attends à ce qu'il m'appelle pour m'informer de qui est le tuteur, mais ils ne le font pas. C'est moi qui dois appeler. Je pense qu'ils fonctionnent beaucoup qu'on est bien responsable de courir après l'information. [...] Je n'ai pas de mécanisme pour recevoir l'information. Je le sais pas comment, mais je l'ai pas. Je l'apprends par la bande beaucoup, j'apprends les informations par la bande. (P-05-CSSS)

Nous autres, en protection, on a souvent cette même clientèle-là [les parents des jeunes suivis en LSJPA] et on a souvent un grand bout de fait là-dessus [l'évaluation] et une opinion. Et souvent les personnes à LSJPA ne nous interpellent pas. (P-10-CJ)

Finalement, les répondants (n=4) soulignent les difficultés concernant la disponibilité des intervenants à utiliser les moyens de communication appropriés, notamment des rencontres, des appels téléphoniques et des courriels. En fait, la disponibilité et l'utilisation des moyens pour communiquer vont de pair, car ils s'influencent mutuellement. Plus spécifiquement, le facteur de la disponibilité est nommé à plus de 30 reprises à l'intérieur des verbatims. En fait, les participants du CSSS et du CJ s'entendent sur le facteur positif suivant : qu'il serait tout à fait à propos d'avoir le temps de planifier et de faire des rencontres conjointes (n=9). En revanche, quatre participants du CSSS insistent particulièrement sur l'importance, pour chaque intervenant impliqué dans un processus de collaboration, de prendre le temps pour faire ses retours d'appels dans un délai raisonnable⁴³. En effet, il est possible de remarquer, dans le discours de ces répondants, que les expressions «prendre le temps», «être

⁴³ Pour les participants du CSSS, un délai raisonnable ne devrait pas dépasser quatre à cinq jours.

disponible» et «avoir le temps», sont omniprésentes dans l'exposition des facteurs positivement associés à la collaboration.

Donc je dirais un des gros points central c'est d'avoir le temps d'avoir nos rencontres, de prendre ce temps-là. Lorsqu'on a la possibilité de prendre ce temps-là, ça facilite énormément. (P-06-CSSS)

Il est clair que les participants à l'étude ne considèrent pas ces rencontres comme étant superflues, tel qu'il est démontré par le nombre de participants (n=9) qui ont identifié que faire des rencontres conjointes était, non seulement bénéfique pour la communication, mais également pour tout le processus d'intervention.

Je m'attends à ce qu'on soit capable de faire des rencontres conjointes parce que des fois ça l'a beaucoup plus d'impacts dans l'intervention que de faire des rencontres individuelles et de part et d'autre. (P-06-CSSS)

Il faut avoir de la disponibilité. Des fois, ça peut être complexe d'organiser une rencontre parce qu'on est plusieurs professionnels, mais ça va être tellement payant et on va tellement sauver de temps, que c'est préférable d'axer là-dessus. Il faut le voir vraiment sur les effets à long terme. Parce que c'est sûr que ça peut paraître bien complexe quand on est beaucoup, mais juste arrêter une date, une heure, en même temps, c'est payant pour le client en premier, mais c'est payant pour tout le monde. Ça évite de travailler inutilement. (P-04-CJ)

Lorsque les participants ont présenté leurs situations négatives à l'aide de la TIC, évidemment, ce sont davantage les facteurs d'influence négative qui ont ressorti. En effet, les intervenants semblent avoir une difficulté à planifier des rencontres conjointes avec les collaborateurs pour réaliser des PSI (n=3 du CSSS et n=2 du CJ). De plus, un

participant du CSSS note que, plus il y a d'intervenants différents au dossier, plus il devient difficile de trouver un moment opportun pour tout le monde. Il trouve cela très malheureux pour les jeunes et leurs familles, car ce sont eux, en fin de compte, qui sont pénalisés. Ensuite, trois intervenants du CSSS expriment une sérieuse difficulté à recevoir des retours d'appels de la part du CJ dans un délai raisonnable ou tout simplement de recevoir un retour d'appel.

S'asseoir ensemble pour faire des plans d'intervention, ça avec le centre jeunesse c'est extrêmement difficile. On leur dit et se faire convoquer à un PSI là c'est... on dirait que c'est la fin du monde. Ils n'ont pas le temps de faire ça, ils n'ont pas le temps de faire ça, c'est une vraie blague, ça n'a pas de bon sens. Mes attentes, c'est qu'ils s'assoient et qu'on discute de la situation avec le client et qu'on fasse un plan d'intervention et qu'on clarifie les rôles et c'est clair pour moi, qui va faire quoi et tout ça. (P-05-CSSS)

C'est de fixer les disponibilités, le plus difficile. Moi, à l'heure actuelle, ce que je rencontre comme difficulté, c'est de mettre en commun un plan d'intervention par écrit. (P-10-CJ)

L'ensemble des facteurs nommés par les participants ayant une influence positive et négative sur la collaboration sont répertoriés dans le tableau 11. Ce tableau permet également de distinguer les facteurs qui sont communs à l'ensemble des intervenants, de ceux qui sont spécifiques à chacun des groupes. À l'égard des facteurs communs, les deux groupes d'intervenants s'entendent sur l'influence positive de l'écoute, et de l'influence négative de l'absence de langage commun entre les établissements. Par contre, les deux groupes ont exprimé des facteurs différents en lien avec la communication. En effet, les intervenants du CJ ont davantage mis l'accent sur la clarté

du message et l'expression des craintes et des attentes envers eux en début de processus d'intervention. Ils font également part du fait qu'ils ressentent parfois des préjugés à leur égard étant donné l'aspect légal de leur travail. Les intervenants des CSSS ont, quant à eux, surtout exprimé leurs difficultés à recevoir des retours d'appel rapidement et à obtenir des informations par rapport à la situation (antérieure et présente) du jeune et de sa famille.

Tableau 11
Les facteurs d'influence positive et négative sur la collaboration : la communication

Facteurs en fonction des établissements	Facteurs d'influence positive	Facteurs d'influence négative
Facteurs communs au CJ et au CSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Être à l'écoute du message de ses collègues et s'assurer de l'avoir bien compris; • Planifier des moments précis pour faire des rencontres conjointes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un langage professionnel différent; • Ne pas être consulté par un collègue à la suite d'un transfert de dossier, ce qui peut engendrer des pertes d'informations pertinentes à propos de la famille.
Facteurs spécifiques au CJ	<ul style="list-style-type: none"> • S'exprimer de façon claire et compréhensible; • Nommer clairement ses attentes et ses craintes en début d'intervention; • Exprimer ses messages avec transparence, honnêteté et authenticité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de faire l'objet de préjugés et de jugements en raison leur appartenance professionnelle (employé(e)s du CJ).
Facteurs spécifiques au CSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Faire ses retours d'appels rapidement; • Recevoir des retours d'appels dans un délai raisonnable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impression que leurs collègues du CSSS ont des préjugés à propos du CJ; • Difficultés à avoir et recevoir de l'information en général sur des situations nouvelles ou événements particuliers du vécu du jeune et de sa famille; • Difficulté à avoir des nouvelles de l'évolution du signalement qu'ils ont eux-mêmes fait au CJ; • Recevoir des retours d'appel à un moment qui dépasse les limites acceptables; • Ne pas avoir de retour d'appel.

5.2.1.3 La connaissance et la compréhension du contexte d'intervention et organisationnel de chaque établissement

La connaissance et la compréhension du contexte d'intervention et organisationnel de chaque établissement sont susceptibles, selon les répondants (CJ : n=4 et CSSS : n=4), d'aider les intervenants sociaux des deux organismes à: (a) favoriser l'ouverture au travail d'équipe; (b) privilégier l'élaboration d'un calendrier de rencontres formelles pour échanger et partager des informations; (c) diminuer les préjugés et les jugements, et; (d) établir un langage professionnel commun. Pour les intervenants, tant au CJ qu'au CSSS, plus ils arrivent à bien connaître l'autre milieu d'intervention, plus ils sont en mesure de comprendre les décisions prises et les interventions réalisées par leurs partenaires.

5.2.1.3.1 Le contexte d'intervention

Tout d'abord, les participants du CJ (n=4) mettent l'accent sur l'importance d'une bonne compréhension, chez leurs homologues du CSSS, du contexte d'intervention dans lequel ils travaillent, ce dernier étant complexe compte tenu du contexte légal qui régit le CJ. En effet, bien que les intervenants sociaux du CJ travaillent avec des clients volontaires en vertu de la LSSSS, leur pratique est aussi encadrée, dans certains dossiers, par la LPJ et la LSJPA. Un participant du CJ soulève, à ce sujet, que la méconnaissance de ces lois et, conséquemment, du mandat des intervenants qui doivent les respecter,

favorise les préjugés envers les intervenants du CJ. De leur côté, les intervenants du CSSS (n=4) reconnaissent ne pas toujours saisir toutes les particularités des lois qui entourent les pratiques en CJ. C'est pour cette raison qu'ils s'attendent à ce que le CJ les informe à propos des éléments suivants: (a) le processus de prise de décisions lors d'un signalement (retenu ou non retenu); (b) la philosophie et les approches d'intervention privilégiées en CJ et; (c) les processus d'intervention en lien avec les différentes lois. Ceux-ci se disent très intéressés à mieux connaître et comprendre les changements qui surviennent en CJ au sujet du contexte légal et des pratiques professionnelles.

Pour avoir déjà aussi vécu des frustrations par rapport à ça, les gens ont souvent une perception que quand on est rendu en protection de la jeunesse, on a tous les pouvoirs, on a une baguette magique et régulièrement on se fait dire : «oui, mais qu'est-ce que vous faites?». Donc c'est sûr que nous aussi on devient rapidement limités dans nos moyens, dans nos interventions, donc c'est important. (P-07-CJ)

La méconnaissance des intervenants par rapport au mandat de chacun. Les mandats [par rapport aux différentes lois] du centre jeunesse. Je ne les connais pas tous non plus. J'ai comme ma perception et ça ne veut pas dire qu'elle est bonne. Mais en même temps, ma perception fait en sorte que ça va influencer ma façon d'interagir avec eux. (P-06-CSSS)

Par ailleurs, tous les intervenants du CSSS ont nommé, pour leur part, la méconnaissance des TM, chez leurs confrères des CJ, comme facteur influençant négativement la collaboration avec ces derniers. Selon eux, cette lacune se caractériserait par un manque de connaissances, chez les employés du CJ, au sujet des symptômes et des traitements des TM chez les jeunes, de même qu'en ce qui concerne les

conséquences de cette problématique sur les jeunes et leurs familles ainsi que les besoins qui en découlent. Pourtant, selon les participants du CSSS, cette problématique est de plus en plus courante au CJ en raison des nouvelles responsabilités qui incombent à l'organisme en vertu du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005). Les participants du CSSS indiquent qu'ils ont vécu plusieurs frustrations, déceptions et conflits avec les intervenants du CJ, depuis que les unités de traitement individualisé (ou d'encadrement intensif) y ont été mises en place. Ce mécontentement origine de l'impression d'un non-respect face à leur jugement professionnel en lien avec les problématiques de santé mentale. Certains intervenants du CSSS (n=4) soulignent qu'ils ont eu, à plusieurs reprises, l'impression de devoir convaincre les intervenants du CJ que leur raisonnement professionnel était bon.

L'aspect qui m'a déçu c'est qu'ils étaient encore convaincus que c'était simplement un trouble d'opposition relié à la consommation. Ils n'ont jamais admis qu'il y avait un problème de santé mentale. Ça, ça m'a énormément déçu. (P-01-CSSS)

5.2.1.3.2 Le contexte organisationnel

Les notions de «prendre le temps» et de «déterminer un moment formel pour faire connaissance» sont omniprésentes dans les réponses des participants, et ce, indépendamment de leur appartenance organisationnelle. Six répondants s'entendent pour dire qu'une bonne connaissance du contexte organisationnel des partenaires est essentielle à la compréhension de leur travail. Pour eux, les éléments organisationnels

importants à connaître concernent : (a) les mandats, les missions, les rôles et les responsabilités, (b) les services et les programmes offerts, ainsi que (c) les membres du personnel et leurs définitions de tâches. Ils sont d'accord pour dire que le manque d'information à propos de cette restructuration a une influence négative sur leurs activités de collaboration avec les intervenants du CJ. Le tableau 12 présente une synthèse des facteurs d'influence positive ou négative reliés au contexte d'intervention et organisationnel tels qu'exprimés par les participants.

Mieux nous faire connaître leurs services. Ils viennent à l'occasion, mais comme on dit ça change tellement et on oublie nous autres aussi. Moi je pense qu'on ne le fait jamais trop, moi j'apprécie beaucoup. Que ce soit le centre jeunesse, l'école, un organisme communautaire qui vient à nos rencontres d'équipe pour faire un 15, 10 minutes ou une demi-heure, un topo d'une heure pour expliquer tel service. Je pense que même si on les connaît, on les connaît jamais assez les services de nos collaborateurs. J'imagine que ça doit être pareil de leur bord, mais mes attentes c'est qu'ils nous fassent connaître plus : c'est qui leur personnel, qui est à telle place, c'est quoi qu'il fait exactement, ses définitions de tâches. (P-02-CSSS)

Tableau 12
Les facteurs d'influence positive et négative sur la collaboration : la connaissance et la compréhension des contextes organisationnels et d'intervention

Contexte	Facteurs d'influence positive	Facteurs d'influence négative
Contexte d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les connaissances des différents contextes d'intervention du CJ et du CSSS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire les particularités du processus d'intervention en lien avec les contextes d'intervention légaux en vertu de la LPJ et LSJPA; ○ Expliquer les spécificités des interventions faites en contexte volontaire et non volontaire; ○ Clarifier le processus d'intervention lors de signalement retenu et non retenu; ○ Exposer les différentes approches et philosophies d'intervention réalisées dans chaque établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance du processus d'intervention en lien avec les TM chez les jeunes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les symptômes des TM; ○ Les besoins du jeune et de sa famille; ○ Les conséquences positives ou négatives de telle intervention sur telle problématique de santé mentale.
Contexte organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer un moment formel pour expliquer aux différents partenaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les rôles, les responsabilités, les mandats, les missions, les services et les programmes offerts, les membres du personnel, ainsi que leurs définitions de tâches. ○ Mettre à jour régulièrement les informations à propos de changements éventuels au sujet des lois (LSSSS, LPJ, LSJPA). 	N/A

5.2.1.4 *Les caractéristiques liées au savoir-être et au savoir-faire des intervenants sociaux*

Dans la présente section, les caractéristiques personnelles reliées au savoir-être des intervenants sociaux qui favorisent le bon déroulement d'activités de collaboration sont abordées. Parmi ces caractéristiques liées au savoir-être, il est possible de retrouver la démonstration d'une attitude d'ouverture et de respect envers les autres, l'écoute et la compréhension lors des communications⁴⁴, la reconnaissance de l'expertise professionnelle de ses collègues ainsi que le professionnalisme. Ces qualités sont énumérées, dans le tableau suivant, et appuyées par le pointage qui leur a été associé lors de l'analyse des cartes associatives.

Tableau 13
Les caractéristiques liées au savoir-être des intervenants sociaux à privilégier lors d'activités de collaboration

Les caractéristiques liées au savoir-être	Pointages des mots
L'ouverture envers ses collègues (n= 10)	16
Le respect des autres (n=10)	16
L'écoute et la compréhension lors des communications (n=8)	13
La reconnaissance et l'humilité envers son partenaire (n=8)	10
Le professionnalisme (n=5)	11

⁴⁴ De ce fait, ces trois caractéristiques reliées à la communication ne sont pas abordées dans cette section, car elles ont déjà été détaillées au point 5.2.1.2 La communication entre les intervenants.

5.2.1.4.1 L'attitude d'ouverture et le respect envers ses collègues

Les répondants de l'étude ont fait ressortir maintes qualités d'un bon intervenant lors de la réalisation d'activités de collaboration. Les deux qualités qui ressortent principalement, tant dans les résultats des entrevues que dans les cartes associatives, concernent l'attitude d'ouverture et le respect envers ses collègues (n=10). Selon les participants, ces qualités sont influencées par la personnalité de l'intervenant et sa façon d'entrer en relation avec les autres, notamment en démontrant de l'honnêteté, de la transparence, de la franchise, de la diplomatie et de la déférence. En plus de l'ouverture et du respect des autres, les répondants sont d'avis que leurs collègues doivent faire preuve d'écoute, de compréhension et de tolérance à travers leurs communications (n=8).

5.2.1.4.2 La reconnaissance de l'expertise professionnelle

Par ailleurs, il est intéressant de constater que les participants ont porté une attention particulière à la caractéristique de la reconnaissance de l'expertise professionnelle (n=8) au cours de l'entrevue. En effet, les participants à l'étude sont unanimes au sujet de l'importance de reconnaître l'expertise, la crédibilité, les connaissances et le jugement professionnel des autres intervenants, peu importe leurs professions. Ces derniers sont d'avis que cette reconnaissance tend à améliorer le processus d'intervention réalisé avec le jeune et sa famille. En effet, pour eux, il est

évident que la collaboration est positive: (a) lorsque leurs opinions sont écoutées et comprises (CJ : n=4 et CSSS : n=4); (b) lorsqu'ils se sentent respectés et estimés en tant que professionnels (CJ : n=4 et CSSS : n=4); (c) lorsqu'ils sentent que leurs partenaires les croient et ont confiance en eux (CJ : n=1 et CSSS : n=4); et, (d) lorsque leurs collègues sont intéressés par leurs opinions et qu'ils y portent une attention particulière (CJ : n=2 et CSSS : n=2).

En revanche, malgré l'importance que les répondants accordent à la reconnaissance de leur expertise professionnelle, la majorité d'entre eux (n=7) ont vécu des expériences de collaboration négatives lors desquelles leurs partenaires ne prenaient pas en compte leurs expertises. À cet égard, il importe de souligner que les intervenants des CSSS (n=4) ont souvent l'impression qu'ils doivent convaincre les intervenants du CJ que leurs expertises professionnelles et leurs connaissances au sujet des TM sont bonnes. Ces derniers affirment que ce manque de reconnaissance de la part de leurs collègues du CJ a engendré de nombreuses divergences d'opinions, voire des conflits, à plusieurs reprises lors d'activités de collaboration. Les participants du CSSS perçoivent ce manque de reconnaissance comme un manque de respect à l'égard de leur profession et de leur personne. Ils désirent que les intervenants du CJ leur fassent un peu plus confiance en ce qui a trait à leur expertise en intervention auprès des jeunes présentant des TM et leurs familles, notamment en ce qui concerne les connaissances entourant les

manifestations des TM, les besoins du jeune et de sa famille, ainsi que les moyens les plus appropriés pour intervenir avec des TM spécifiques.

Quand tu as à défendre ton point de vue à tout prix c'est là que ça nous démontre que c'est négatif. C'est qu'il y a un manque d'ouverture, il y a un manque de collaboration, il y a une rigidité dans la pensée des organismes. Quand tu as l'impression de vendre un produit là, c'est très négatif. Très négatif. [...] Il n'y a pas une très bonne réception. Quand ils sont convaincus, ils sont convaincus. Ah oui! Ça c'est clair, clair, clair. Il y a certains intervenants au CJ, où je n'ai aucune difficulté à faire passer mes jugements professionnels, aucune, aucune difficulté. Il y en a d'autres où c'est très difficile. (P-01-CSSS)

D'autre part, les participants du CJ (n=3) identifient un manque de reconnaissance de leurs compétences professionnelles lorsque leurs décisions sont remises sans cesse en question. Ils expriment que c'est souvent le cas lorsqu'un signalement n'est pas retenu, lorsqu'ils font une référence personnalisée à la suite d'un signalement non retenu ou lorsqu'ils jugent que le client est volontaire à poursuivre l'intervention. Ces intervenants se sentent jugés face à ces remises en question. Ils ont l'impression que les intervenants du CSSS ne reconnaissent pas bien leurs jugements professionnels en raison d'un manque de compréhension de leurs rôles, de leurs mandats et de leurs limites dans un contexte légal d'intervention. Dans le même sens, un participant du CSSS a également reconnu que les collègues de son propre établissement avaient parfois des jugements par rapport aux employés du CJ et que ces préjugés pouvaient influencer négativement les activités de collaboration avec les intervenants en provenance de cet organisme.

Quand ils remettent en question... soit une référence personnalisée par exemple ou bien soit qu'ils remettent en question... bien c'est parce qu'on le réfère, c'est parce qu'on s'est déjà questionné là-dessus et ça l'a été décidé en équipe et avec le chef de service. Ça, je trouve que c'est plate, ça m'est arrivé. Donc, comme ne pas reconnaître la crédibilité. Aussi, qu'il y ait des jugements en lien avec les décisions qu'on a prises, sans vraiment connaître toute l'histoire et sans savoir exactement bien dans quels paramètres on intervient, parce qu'il y a des préjugés et des fois les gens ils savent pas qu'on ne peut pas décider juste à cause de notre «feeling» comme ça. (P-09-CJ)

Il y en a qui sont très, très rigides et qui ont beaucoup de préjugés par rapport aux Centres jeunesse. J'aimerais ça qu'ils puissent avoir l'ouverture que ce sont des personnes comme nous, ce sont des humains, ce sont des travailleurs sociaux qui ont fait leur baccalauréat comme nous, ce n'est pas du monde à part, donc on n'a pas à les juger parce qu'ils n'ont pas une job qui est facile. (P-01-CSSS)

5.2.1.4.3 Le professionnalisme

Selon les participants (n=5), une autre caractéristique du savoir-être qui est en mesure d'influencer positivement les activités de collaboration fait référence au professionnalisme. D'abord, les répondants (CJ : n=2 et CSSS : n=3) mettent l'accent sur le professionnalisme, entre autres, en insistant sur l'importance que les intervenants démontrent de l'assiduité et de la rigueur dans leur travail. Qui plus est, deux participants du CJ font remarquer que le fait, pour les intervenants, d'être à l'aise avec leur identité professionnelle contribue à bâtir des liens étroits avec leurs différents partenaires, car ils ont une bonne confiance en leurs compétences professionnelles. À ce sujet, ces participants ajoutent que chaque intervenant social doit démontrer une solide identité professionnelle.

Ensuite, pour trois répondants (CSSS et CJ), le professionnalisme renvoie aussi à l'engagement constant que l'intervenant doit démontrer, envers ses collègues, lors d'activités de collaboration. Ces participants sont également d'avis que cet engagement passe, d'abord, par une évaluation et une mobilisation face à la situation problématique du jeune et sa famille et, ensuite, par une implication et une participation active dans le processus d'intervention avec ses partenaires. Par ailleurs, ces mêmes répondants ont nommé le nombre d'années d'expérience professionnelle comme facteur pouvant influencer le savoir-être des intervenants dans les activités de collaboration. Ceux-ci sont d'avis que plus les professionnels comptent d'années d'expérience, plus ils sont en mesure : (a) de définir plus clairement leurs rôles et leurs tâches lors d'une collaboration; et (b) de connaître les méthodes et les approches d'intervention priorisées dans les établissements du RSSS. De ce fait, ils sont, selon eux, davantage en mesure d'apprécier et de s'adapter aux différentes approches d'intervention employées par les autres intervenants, tout en démontrant du professionnalisme envers leurs pairs. Le tableau suivant présente les différentes composantes évoquées au sujet du professionnalisme des intervenants.

Tableau 14
Les composantes associées au professionnalisme des intervenants sociaux

Les caractéristiques associées au professionnalisme	Pointages des mots dans les C.A.	Extraits
Être à l'aise et en confiance avec son identité professionnelle	8	<i>C'est une identité claire dans ce qu'on est comme professionnel, de se sentir à l'aise dans ce qu'on est, une confiance aussi qui permet de faire confiance à l'autre parce qu'on se fait confiance à nous-mêmes. Je pense qu'une identité professionnelle c'est important, de se sentir bien là-dedans. (P-08-CJ)</i>
L'engagement : mobilisation, implication et participation	12	<i>Il y a eu du respect dans la ponctualité, dans la présence, autant au niveau de l'implication... parce qu'on veut mobiliser nos clients, mais si je me voyais dans un dossier, être obligé de mobiliser l'intervenant aussi... ça serait pas très « winner ». (P-02-CSSS)</i>
Le nombre d'années d'expérience professionnelle	5	<i>Malheureusement, je vais être obligée de nommer que l'expérience ça en fait pour beaucoup, des acteurs impliqués dans la situation d'un enfant et de sa famille, parce que quand chacun dans son organisation connaît bien le rôle qu'il a à exercer auprès de sa clientèle, c'est quoi son mandat, sa mission, bien après ça, c'est de se rencontrer, d'établir c'est quoi les besoins dans la situation et qui va faire quoi. Et chacun va respecter son créneau d'intervention et dans le fond on se fait des suivis réguliers en se rencontrant, en rassemblant l'information, mais on ne se dédouble pas. (P-04-CJ)</i>

5.2.2 Les facteurs reliés au contexte organisationnel

La majorité des facteurs organisationnels évoqués concernent la gestion administrative des établissements des CSSS et du CJ du SLSJ, notamment les délais d'intervention, la mobilité du personnel et la surcharge de travail. Il importe de préciser que les participants les ont davantage énoncés de manière négative. Cela dit, ce thème

est plutôt abordé, dans la présente section, en termes de critiques formulées par les intervenants interrogés en ce qui concerne la gestion de leur milieu de travail dans le système du RSSS du SLSJ. En ce qui a trait aux facteurs organisationnels, les répondants ont également exprimé certains de leurs souhaits liés au soutien de leurs gestionnaires et à la communication entre les gestionnaires du RSSS. Ces aspects seront également abordés ici, puis discutés dans le chapitre 6.

5.2.2.1 Les délais d'intervention

Les longs délais d'intervention semblent le facteur qui dérange le plus les participants au sujet de la collaboration et de la gestion administrative (n=5). Que ce soit pour les intervenants des CSSS ou du CJ, un court laps de temps entre une demande de services spécialisés et une réponse rapide à celle-ci peut faire toute la différence dans l'intervention avec un jeune présentant un TM et un besoin de protection. Pour les participants, les longs délais d'intervention sont surtout présents lors de l'attente d'un retour d'appel, de la prise en charge d'un dossier complexe ou de l'attente d'un rendez-vous avec un spécialiste⁴⁵. La situation présentée ci-dessous⁴⁶, énoncée par un participant du CSSS, nous démontre bien les conséquences négatives d'un très long délai d'intervention sur une jeune présentant une comorbidité de TM.

⁴⁵ Dans le cas de cette recherche, les spécialistes sont soit un pédopsychiatre (n=4) ou un intervenant en toxicomanie du CJ (n=1).

⁴⁶ Avec la technique de l'incident critique.

C'est une adolescente qui, à ce moment-là, devait avoir 15 ans, presque 16. Une adolescente qui était sur un diagnostic de trouble de personnalité limite encore, avec de la consommation, un petit peu de «sexual addict», trouble d'opposition à la maison. Je me dis bon : «j'ai tellement de choses à faire dans ce dossier-là, je vais demander de l'aide en toxico». Je réussis à faire accepter la jeune qui est mobilisée pour dire... oui c'est vrai, je serais rendue prête à essayer d'arrêter de consommer, tout ça.

Alors, je fais ce que je dois faire, je remplis une demande d'accès, je fais une demande d'aide pour un intervenant en toxico du côté du centre jeunesse. Premièrement, il n'y a jamais un chat qui me rappelle, des mois, des semaines... Un moment donné, je rappelle, je mets de la pression... pour avoir de la misère à avoir une réponse que... est-ce que ma demande existe? Est-ce que vous l'avez vue? C'est tu encore en quelque part? J'ai eu toute la misère du monde, ça m'a pris plusieurs jours encore là avant que j'aie un semblant de réponse sur mon répondeur pour dire que bon... il y a un éducateur qui se nomme X qui est supposé de rentrer en contact avec la jeune. [...] Mais, elle a dit non. C'était une des problématiques de ma jeune, elle a des up and down. Là, elle était dans sa phase «je n'ai pas vraiment besoin d'aide», alors elle avait comme refusé les services et lui, il n'avait pas pris la peine de m'appeler et il a refermé son dossier. Et dans le fond, il ne m'a jamais parlé de cette jeune-là, parce que moi j'ai «rushé»... j'ai «rushé» pour convaincre la jeune d'accepter ce service-là.

Intervieweur : Et il ne vous a pas appelé non plus pour vous parler de la jeune en tant que tel?

Non et même pas pour me dire qu'il avait... ne serait-ce qu'elle avait refusée. D'habitude on donne une deuxième chance. (P-02-CSSS)

À la suite de ce témoignage, le participant du CSSS a fait remarquer qu'il est primordial d'intervenir rapidement lorsqu'un jeune présente un TM. En effet, les personnes présentant des TM ont parfois de la difficulté à se mobiliser pour prendre en charge leurs difficultés. Or, lorsque les intervenants sociaux réussissent à aider un jeune

à se mobiliser pour améliorer sa situation de vie, il est essentiel que l'intervention s'effectue rapidement pour ne pas que le jeune ait le temps de se démobiliser. Ce participant est catégorique sur le fait que si l'intervenant du CJ l'avait appelé rapidement pour prendre connaissance du dossier de la jeune fille, ils auraient pu faire un PSI et, ainsi, intervenir avec elle de manière plus adéquate en raison de la comorbidité du TM et d'une dépendance qu'elle présentait.

5.2.2.2 La mobilité du personnel et la surcharge de travail

Selon cinq participants (CJ : n=1 et CSSS : n=4), les problèmes de mobilité du personnel et la surcharge de travail sont en lien direct avec les longs délais d'intervention et les difficultés de collaboration. D'abord, quatre participants du CSSS mentionnent que la mobilité du personnel dans les différents milieux de travail fait en sorte qu'ils ont souvent de la difficulté à prendre toujours contact avec le même intervenant. Ceux-ci caractérisent la mobilité du personnel comme étant liée à des changements constants d'intervenants dans le cadre d'une seule intervention, en plus des changements relatifs à la structure organisationnelle des milieux de travail. Ce faisant, ils ont de la difficulté à savoir à qui s'adresser et à déterminer qui fait quoi dans l'organisation. À travers les récits des intervenants du CSSS, il a été possible de faire ressortir des conséquences négatives sur leurs interventions avec un jeune présentant un TM. Parmi celles-ci, il apparaît pertinent de donner un exemple d'une situation provoquant un malaise chez un participant du CSSS. En raison de l'absence de la

psychoéducatrice de son milieu de travail, cet intervenant a dû se présenter à une rencontre de l'équipe d'intervention jeunesse au CJ, sans même être intervenu auprès du jeune en question et de sa famille auparavant. Bref, il ne connaissait pas du tout le dossier, mais son supérieur lui a dit de s'y rendre à la place de la psychoéducatrice, car il devait y avoir un intervenant représentant le CSSS, et ce, à quelques heures d'avis. Il y est allé sans vraiment comprendre la situation et il a mentionné qu'il n'avait pas pu bien intervenir ou prendre la parole, étant donné la méconnaissance du dossier.

En outre, des participants (n= 2 du CSSS et n=1 du CJ) ont soulevé un point intéressant, qui pourrait être en relation avec les délais d'intervention : la surcharge de travail. Les intervenants déplorent le fait qu'il est difficile pour eux de planifier des rencontres lorsqu'ils doivent travailler sur plusieurs dossiers⁴⁷ à la fois. Il leur est alors difficile d'ajuster leurs horaires pour assister à toutes les rencontres de collaboration. Cela peut donc créer des insatisfactions entre les partenaires, car ils doivent souvent reporter leurs rencontres de plusieurs semaines. Selon eux, cette charge de travail trop importante a un impact sur la collaboration, en plus de prolonger la durée du processus d'intervention pour le jeune et sa famille.

⁴⁷ À noter que le nombre de dossier à la charge d'un intervenant social est relatif selon l'organisation où il travaille.

Donc un facteur d'échec, un «caseload⁴⁸» trop important. Vite, vite, vite... Je n'ai pas le temps et en plus mon «caseload» est trop élevé, ça ne marche pas. L'impossibilité de moduler ses horaires. Ça, c'est sûr que si mon «caseload» est très serré, ça devient difficile pour moi de déplacer pour convenir à tout le monde. (P-03-CSSS)

5.2.2.3 Les attentes en ce qui concerne la gestion des services

Tout d'abord, il est important de spécifier que les participants du CJ et des CSSS de la région ont énuméré davantage leurs attentes envers leurs coordonnateurs cliniques et leurs gestionnaires que des facteurs influençant positivement ou négativement les activités de collaboration. Cela dit, les participants ont énoncé deux principales attentes envers leurs coordonnateurs cliniques et leurs gestionnaires: (a) le désir d'être bien soutenus en cas de difficulté et (b) l'amélioration de la communication entre gestionnaires du réseau.

5.2.2.3.1 Le désir d'être bien soutenus en cas de difficulté

À ce sujet, la majorité des intervenants du CJ et du CSSS (n=9) sont d'avis que pour que les activités de collaboration soient positives, leurs employeurs doivent les soutenir en cas de difficultés. Pour les participants, le soutien de leurs employeurs se divise en trois sous-facteurs: (a) l'accessibilité et la mobilisation de leurs coordonnateurs cliniques (n=8); (b) l'approbation et la confiance qu'ils démontrent

⁴⁸ Nombre de dossiers actifs à la charge de l'intervenant.

envers leurs intervenants (n=6); et, (c) les conseils et les recommandations faits par ceux-ci (n=5).

En premier lieu, si les intervenants vivent des difficultés de collaboration avec leurs partenaires d'intervention, ils désirent que leurs coordonnateurs cliniques soient disponibles et accessibles rapidement afin de régler la situation problématique. Ceux-ci mettent l'accent sur le fait qu'il est important de s'asseoir et de travailler ensemble à la recherche de solutions et de moyens pour améliorer la collaboration entre le CJ et les CSSS (n=8). En fait, les participants veulent pouvoir consulter et réviser la situation promptement avec leurs coordonnateurs cliniques, mais ils désirent également que leurs coordonnateurs cliniques rencontrent ou contactent rapidement leurs vis-à-vis de l'autre établissement (CJ ou CSSS) pour résoudre la situation. Cela donne à penser que plus une difficulté de collaboration est prise en charge avec diligence, plus il y a d'effets bénéfiques sur le processus d'intervention avec le jeune présentant un TM et sa famille.

En second lieu, les répondants accordent une attention particulière à la confiance accordée de la part de leurs coordonnateurs cliniques envers leur jugement professionnel en cas de difficulté (n=6). Bien qu'ils veulent parfois faire valider leurs opinions professionnelles auprès de leurs employeurs, ils désirent que ceux-ci leur accordent une crédibilité et reconnaissent leurs expertises. Par le fait même, à deux reprises⁴⁹, des

⁴⁹ Dans deux situations négatives explorées à l'aide de la technique de l'incident critique, dont un participant du CJ et un autre du CSSS.

intervenants ont affirmé avoir vécu des situations où leurs supérieurs immédiats ont banalisé leurs difficultés de collaboration. Ils n'ont pas accordé d'importance aux difficultés qu'ils ont vécues pendant la collaboration et ils les ont laissés régler les situations problématiques par eux-mêmes.

Enfin, les participants veulent davantage être informés et conseillés sur les différents services et programmes offerts soit par le CJ et les CSSS, pour être en mesure de mieux orienter leurs interventions (n=5). En plus de ces informations et ces conseils, les intervenants veulent pouvoir se faire recommander des avenues d'intervention, par exemple, si un intervenant du CSSS se demande si son client et sa famille devraient faire l'objet d'un signalement. Par ailleurs, deux participants du CJ demandent à ce que leurs chefs de service leur fassent davantage de rétroactions par rapport à leurs interventions et à leurs démarches de collaboration avec les CSSS. Le tableau 15 fait état des différents souhaits des intervenants par rapport à leurs besoins de soutien de la part de leurs gestionnaires.

Tableau 15
Les besoins de soutien des intervenants de la part de leurs supérieurs
immédiats lors de difficultés de collaboration

Sous-facteurs	Citations
L'accessibilité et la mobilisation de leurs supérieurs immédiats (n=8)	<p><i>Leur rôle à eux, pour moi, c'est de faciliter l'accessibilité aux services et d'être capable de faire un retour avec eux sur ce qui était plus difficile ou ce qui a été facilitant, pour qu'on ait une meilleure collaboration. (P-07-CJ)</i></p> <p>Tiré d'une situation positive présentée lors de la TIC⁵⁰ : <i>Les coordonnateurs étaient mobilisés pour nous supporter pour essayer qu'on ait de l'aide parce que c'était un gros dossier. (P-02-CSSS)</i></p>
L'approbation et la confiance qu'ils démontrent envers leurs intervenants (n=6)	<p><i>La confiance je pense qu'ils nous accordent à l'intérieur de... en tous les cas moi je trouve qu'on a une liberté d'action quand même, une considération professionnelle à ce niveau-là et une disponibilité. Moi, je peux aussi bien passer l'après-midi au CRDI et je ne m'en rends pas de compte, c'est le fun d'avoir quand même une disponibilité comme ça et une liberté là d'intervention. (P-10-CJ)</i></p> <p><i>Qu'on ait une certaine ouverture à dire justement une reconnaissance. Parce qu'en plus moi en soutien intensif, quand j'ai des vrais troubles de comportement, je suis comme une ligne ½, je ne suis pas la première ligne tout à fait et je ne suis pas la deuxième ligne. (P-03-CSSS)</i></p>
Les informations données, ainsi que, les conseils et les recommandations faits par ceux-ci (n=5)	<p><i>Moi si je juge que j'ai à signaler une situation, je ne le ferai pas nécessairement tout de suite. Souvent quand on n'est pas sûr, bien on se fait valider et des fois bon... oui, oui... signale... d'autres fois, on va se faire conseiller à savoir s'il faut faire un signalement. (P-02-CSSS)</i></p> <p><i>[Leurs supérieurs leur donnent de l'information] dans les conseils, les discussions cliniques, ça vient par les besoins, c'est de cette façon-là. En nous mettant aussi à notre portée des documents. Ça c'est facilitant. (P-10-CJ)</i></p>

⁵⁰ Technique de l'incident critique.

5.2.2.3.2 L'amélioration de la communication entre les gestionnaires du RSSS

En ce qui concerne l'amélioration de la communication entre les gestionnaires du RSSS, plusieurs intervenants (n=5) ont exprimé le souhait que leurs gestionnaires entretiennent de bonnes relations avec les différents partenaires potentiels à des activités de collaboration. Selon eux, par des activités de concertation et de partenariat avec différentes instances du milieu de la santé et des services sociaux, les gestionnaires seraient en mesure de favoriser le réseautage, de développer de nouvelles idées et de réaliser davantage de protocoles d'ententes de services afin d'améliorer les activités de collaboration. Un participant du CJ soulève que les bonnes relations inter-établissements ont pour avantage d'ouvrir un bon nombre de portes vers d'autres organisations, en plus de faciliter l'accès aux services spécialisés et d'améliorer les activités de collaboration. De plus, par ces activités de réseautage, les gestionnaires peuvent faire connaître les différentes missions et le mandat de leur organisation.

Je m'attends à ce que mon organisation, mon chef de service et l'établissement en général entretiennent de bonnes relations avec les autres établissements, qu'il y ait des protocoles qui soient mis en place pour nous faciliter l'accès. Tantôt quand je disais que l'accès pouvait être difficile à se rendre jusqu'au pédopsychiatre... mais il reste qu'on a quand même une porte ouverte, on a un chemin qui nous permet de se rendre où on veut aller et ça c'est facilitant. (P-07-CJ)

Ma chef de service participe et elle est sur toutes les tables régionales, les tables cliniques, les tables de concertation, elle participe à tout ça parce que c'est important les partenaires. C'est sûr que c'est très important, qu'il faut travailler ça fort et c'est sûr que ça lui demande du temps. Elle en fait beaucoup, elle fait beaucoup de réseautage et elle essaie de mettre des choses en place. (P-03-CSSS)

Dans un autre ordre d'idées, sept des dix participants s'attendent à ce que leurs employeurs informent, expliquent et clarifient les différents organismes: leurs rôles, leurs responsabilités, leurs limites d'intervention (surtout de faire la différence entre les services de 1^{ère} ligne et de 2^e ligne) et les contextes légaux dans lesquels ils interviennent. En effet, certains participants (n=2 des CSSS et n=3 du CJ) demandent à leurs gestionnaires de s'assurer que ces informations soient bien transmises et parfaitement comprises, et ce, à tous les niveaux des autres établissements. À plus de cinq reprises, les répondants ont énuméré des situations où ils avaient l'impression que les informations ne se rendaient pas aux bonnes personnes ou qu'elles ne se rendaient pas du tout. Ainsi, ils déplorent le fait que plusieurs informations puissent se perdre et que, par conséquent, cela peut avoir un impact négatif sur le déroulement de l'intervention. Donc, en ayant la certitude que les informations ont été transmises et comprises, les participants affirment que cela peut énormément les aider dans leurs activités de collaboration.

Le chef de service dans le cadre des réunions d'équipe se doit de faire atterrir l'information, bon si on y va de façon hiérarchique, nos grands, grands chefs se parlent ensemble, que ce soit CSSS, le centre jeunesse. Que l'information descende au chef de service, donc c'est primordial que le chef de service soit comme un courant conducteur pour que l'information se rende jusqu'à nous. Moi c'est un petit peu comme ça que je le vois, comme un agent de liaison si on veut. (P-07-CJ)

La plus grande attente, je le sais qu'ils l'ont fait à quelques occasions, mais ça serait qu'ils s'assoient avec les Centres jeunesse vraiment pour clarifier nos rôles et vraiment pour clarifier nos limites d'intervention et clarifier nos rôles, mais les limites elles ne sont pas assez clarifiées. Ou si elles sont clarifiées, j'ai l'impression que le message il coince à quelque part. Parce que souvent nos chefs de service ils nous le disent... on les a rencontrés

pourtant, on s'est assis avec eux, mais est-ce qu'ils se sont assis avec les bonnes personnes... Et s'ils se sont assis avec les bonnes personnes, est-ce qu'ils s'assurent que ces personnes-là fassent le message adéquatement. Des fois on a l'impression que non. (P-01-CSSS)

Ce chapitre a permis de mettre en lumière l'influence des facteurs personnels et organisationnels dans le processus de collaboration entre les intervenants des CSSS et des CJ. Le tableau 16 présente une synthèse de ces différents facteurs. Il permet de constater que les participants ont exprimé davantage de facteurs positifs reliés directement aux intervenants. À l'inverse, les répondants ont mentionné seulement des facteurs négatifs liés au contexte organisationnel.

Tableau 16
Les facteurs d'influence positive et négative de la collaboration selon les participants

Les facteurs personnels	Les facteurs d'influence positive	Les facteurs d'influence négative
La capacité des intervenants de travailler en équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la cohésion d'équipe pour promouvoir la mobilisation, l'implication, l'engagement, le soutien et la participation des membres de l'équipe ; • Comprendre l'apport de la complémentarité dans une équipe d'intervention pour, ensuite, la privilégier ; • Parvenir à un consensus dans la lecture de la difficulté du jeune et de sa famille et sur les objectifs à atteindre ; • Arriver à faire consensus au sujet du fonctionnement de l'équipe d'intervention et sur les tâches de chaque intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas faire preuve d'ouverture à réaliser des interventions en équipe ; • Avoir de la difficulté à faire consensus dans la détermination des moyens d'intervention.
La communication entre les intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • S'exprimer avec clarté lors de communications avec ses collègues; • Nommer ses craintes et ses attentes face au processus d'intervention en collaboration ; • Avoir une bonne capacité d'écoute et d'échange ; • Démontrer de la disponibilité à utiliser les moyens de communication : rencontres, retour d'appel, téléphone, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un langage professionnel différent ; • Avoir des préjugés envers les intervenants du CJ ; • Démontrer un manque de réciprocité dans les échanges d'informations et sur l'évolution des dossiers entre CJ-CSSS.
La connaissance et la compréhension du contexte d'intervention et organisationnel de chaque établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les connaissances des différents contextes d'intervention du CJ et des CSSS ; • Organiser des moments formels afin d'expliquer aux différents collaborateurs les spécificités de chaque établissement ; • Mettre à jour régulièrement les informations à propos de changements éventuels au sujet des lois (LSSSS, LPJ, LSJPA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une méconnaissance du processus d'intervention en lien avec les TM chez les jeunes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les symptômes des TM; ○ Les besoins du jeune et de sa famille; ○ Les conséquences positives ou négatives de telle intervention sur telle problématique de santé mentale.

Tableau 16 (suite...)

Les facteurs personnels	Les facteurs d'influence positive	Les facteurs d'influence négative
Les caractéristiques associées au savoir-être des intervenants sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude d'ouverture et de respect envers ses collègues ; • Lors d'activité de collaboration, s'exprimer avec honnêteté, transparence, franchise, diplomatie, déférence et tolérance ; • Faire preuve de reconnaissance professionnelle en démontrant de la confiance et de l'estime face au jugement professionnel de son collègue ; • Manifester du professionnalisme lors de toutes les activités de collaboration en démontrant de la ponctualité, de la disponibilité, de l'assiduité, de la rigueur et une identité professionnelle solide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir besoin de convaincre un collègue pour démontrer son bon jugement professionnel ; • Démontrer un manque de confiance envers les connaissances des autres professionnels; • Toujours remettre en question des décisions prises antérieurement.
Les facteurs organisationnels	Les facteurs d'influence positive	Les facteurs d'influence négative
Les délais d'intervention	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Devoir attendre longtemps pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Avoir un retour d'appel ; ○ Une prise en charge d'un dossier ; ○ Avoir un rendez-vous avec un spécialiste.
Le personnel	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Constater une mobilité des membres du personnel.

CHAPITRE 6 L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce dernier chapitre discute des résultats de cette recherche en fonction du cadre de référence utilisé et des différentes études recensées précédemment dans ce mémoire. Ainsi, tel que le proposent Moliner et al. (2002), il permet de comparer le contenu «réel» des représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région du SLSJ, avec le contenu «idéal» issu des écrits scientifiques, et ce, pour chaque objectif de recherche poursuivi. D'une part, le présent chapitre analyse et discute les représentations sociales de la collaboration à l'aide des trois éléments du contenu de celles-ci, soit : l'information, l'image et l'attitude. Par le fait même, les convergences et les divergences liées au contenu entre les deux groupes à l'étude sont également discutées. Par la suite, diverses recommandations inspirées du discours des intervenants sociaux qui travaillent avec des jeunes atteints de TM et en besoin de protection sont exposées. La dernière partie du chapitre avance les limites et les forces de la présente recherche, pour ensuite proposer des perspectives de recherche ultérieures.

6.1 LE CONTENU DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA COLLABORATION CHEZ LES INTERVENANTS SOCIAUX DES CJ ET DES CSSS

La présente section fait état de l'analyse des trois éléments du contenu des représentations sociales de la collaboration chez les participants à l'étude, c'est-à-dire : les informations, l'image et l'attitude. Une attention particulière est également portée afin de bien identifier les convergences et les divergences entre les deux groupes d'acteurs rencontrés dans la présente étude.

6.1.1 Les informations

Tel que le souligne Moscovici (1961), les informations issues des représentations sociales sont constituées des connaissances du sujet (les intervenants sociaux du CJ et des CSSS du SLSJ) à l'égard de l'objet (la collaboration). En repérant ces connaissances, il est plus facile de cerner leur influence sur les comportements privilégiés par les intervenants lors d'activités de collaboration. En effet, les connaissances que les intervenants détiennent au sujet de la collaboration peuvent avoir une incidence sur leurs manières de se comporter et d'agir lors d'un processus de collaboration.

De ce fait, les informations associées à un objet de représentations sociales prennent origine de deux sources, soit du savoir naïf et du savoir expérientiel (Jodelet, 1993). Dans le cadre de cette recherche, le savoir naïf réfère aux connaissances de la personne elle-même, alors que le savoir expérientiel est lié à la somme des expériences antérieures de collaboration entre le CJ et les CSSS. D'abord, les résultats de l'étude tendent à démontrer que le développement des connaissances personnelles (savoir naïf) des intervenants sociaux concernant la collaboration s'effectue dans le cadre des discussions cliniques, lors de la participation à des colloques et par le biais de lectures effectuées lors de leur formation en travail social. Ce savoir occupe beaucoup moins d'espace dans le discours des intervenants que le savoir expérientiel. En effet, comme ceux-ci sont de plus en plus appelés à travailler en équipe lors de situations complexes concernant les TM des jeunes, notamment lors de transferts personnalisés ou de mesures ordonnées, ils se réfèrent d'abord et avant tout à ce type de savoir lorsqu'ils parlent de la collaboration. Il

est important de préciser que le savoir expérientiel provient, chez les intervenants, des expériences professionnelles réalisées dans les deux contextes de travail : le contexte d'intervention⁵¹ et le contexte organisationnel⁵². Donc, les expériences de travail peuvent venir teinter les connaissances des intervenants au sein de leurs organisations respectives.

À ce sujet, les résultats de ce mémoire révèlent que les répondants sont au fait de l'existence des différentes activités de collaboration qui ont lieu à l'intérieur du RSSS au SLSJ, notamment en ce qui concerne les transferts personnalisés, les EIJ et les PSI. De par leurs connaissances à propos des activités de collaboration et leurs expériences professionnelles, les intervenants ont été en mesure de donner une définition de la collaboration qui converge avec les déterminants positifs de la collaboration recensés dans les écrits disponibles (Johnson et al, 2003; Pronovost et Jinchereau, 1986; Woods & Gray, 1991). En effet, tant les intervenants du CJ que ceux des CSSS se représentent la collaboration comme une façon de travailler en équipe, en faisant consensus sur les objectifs d'intervention pour le jeune et sa famille. Selon eux, ce travail d'équipe est nettement plus efficace si chaque collaborateur partage son expertise professionnelle afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui reçoivent des services. Cette définition est en accord avec le plus important facteur de succès identifié par Johnson et al. (2003) en lien avec les activités de collaboration, soit d'avoir une volonté ferme de travailler en équipe sur une problématique bien définie, et ce, dans le meilleur intérêt du jeune et de sa famille. En outre, en analysant les données des cartes associatives, il est possible de

⁵¹ Contexte où un jeune présente un trouble mental et un besoin de protection.

⁵² Contexte relié à la structure administrative de l'établissement.

constater que les termes associés à la catégorie du *travail d'équipe* sont omniprésents dans le discours des intervenants des deux établissements. Il s'agit là d'un élément de convergence en ce qui concerne les propos de nos deux groupes de participants. En fait, la catégorie du *travail d'équipe* se retrouve au premier rang des principaux thèmes significatifs des cartes associatives à propos de la collaboration. Ce résultat rejoint les propos de plusieurs auteurs travaillant sur les représentations sociales (Abrieu, 1994; Bonardi & Rousseau, 1999; Seca, 2001), à l'effet que le *travail d'équipe* constituerait l'élément principal de l'univers sémantique de la collaboration.

Les intervenants interrogés dans le cadre de ce mémoire ont également associé la collaboration aux *caractéristiques reliées au savoir-être* des intervenants sociaux. Selon eux, ces caractéristiques influencent spécifiquement les comportements et les réactions des intervenants dans une situation de collaboration. De ce fait, la triangulation des différentes méthodes de données (entrevues semi-dirigées, cartes associatives, TIC) révèle que le savoir-être des intervenants est un facteur jugé central par les intervenants lors de la collaboration. À l'instar de plusieurs recherches portant sur la collaboration entre les services sociaux jeunesse (Goyette et al., 2000 ; Goyette et al., 2011; Johnson et al., 2003), les répondants ont insisté sur l'importance de trois principales dimensions du savoir-être, soit : l'ouverture d'esprit, le respect et la confiance envers les autres. D'autres dimensions du savoir-être, encore peu explorées dans les écrits disponibles à ce jour, ont également été soulevées par les répondants de la présente étude et concernent la reconnaissance des expertises professionnelles et le professionnalisme entre les intervenants. Lorsqu'ils abordent la reconnaissance de l'expertise, les intervenants

interrogés réfèrent à l'importance de se sentir écoutés, compris et estimés par leurs collègues, en plus de sentir que ces derniers tiennent vraiment compte de leurs opinions professionnelles en démontrant un intérêt particulier pour ce qu'ils expriment. Les répondants précisent aussi que les intervenants avec lesquels ils collaborent doivent faire preuve d'humilité et ne pas prendre tout le crédit de la réussite de l'intervention. En ce qui concerne le professionnalisme, les intervenants sociaux interrogés affirment que cette qualité s'illustre : (a) en démontrant un sentiment d'appartenance à son identité professionnelle (bachelier en travail social); (b) en étant très engagé et mobilisé dans un processus de collaboration ; (c) ainsi qu'en étant ponctuel et disponible aux autres. À noter que les deux derniers points, l'engagement et la ponctualité, ont été exposés par les intervenants sociaux des CSSS seulement. De plus, ces répondants précisent que plus l'intervenant social a accumulé de connaissances et d'années d'expériences professionnelles, plus il sera enclin à participer et à s'associer à des activités positives de collaboration, car il aurait une meilleure connaissance du réseau et des mesures administratives des différents établissements du RSSS. Bref, pour les intervenants sociaux travaillant avec des jeunes qui présentent des TM, le savoir-être occupe une place privilégiée dans les activités de collaboration entre le CJ et les CSSS. Pour eux, le savoir-être et les qualités qui y sont associées dans leur discours sont à la base de tous les autres facteurs d'influence positive de la collaboration.

Bien que les intervenants interrogés dans le cadre de la présente étude réfèrent à leurs expériences professionnelles lorsqu'ils abordent le concept de collaboration, les participants des CSSS ont déploré, à plusieurs reprises, le manque de *connaissances du*

contexte d'intervention de leurs confrères du CJ au sujet des manifestations des TM chez les jeunes. En effet, ces derniers ont souligné que le manque de connaissances entourant les TM et les interventions à privilégier avec les jeunes qui en présentent ont déclenché plusieurs conflits et mésententes dans leurs activités de collaboration avec leurs partenaires du CJ. Il est important ici de mentionner que les participants du CJ n'ont fait état à aucun moment de la collecte de données d'un manque de connaissances de leur part à propos des troubles mentaux chez les jeunes. Cet élément doit être pris en compte comme une divergence dans les propos des répondants à l'étude.

Ce constat émerge également de plusieurs autres études (Chabrol, 2011; Cosgrave, et al., 2008; Leslie, et al., 2005; Stiffman, et al., 1997; Tarren-Sweeney, 2008), qui soulignent que la connaissance des TM est un facteur influençant les activités de collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les autres services sociaux destinés aux jeunes, tels que la protection de l'enfance, le système judiciaire réservé aux mineurs ainsi que les services de psychoéducation et d'éducation spécialisée. Malheureusement, ce sont les jeunes et leurs familles qui sont pénalisés pour ce manque de connaissances à propos des TM, car ils ne peuvent recevoir rapidement les services adéquats en réponse à leurs besoins. Sans compter que le jeune peut être à risque de développer d'autres problématiques reliées aux TM, notamment des troubles d'apprentissages et le décrochage (Breton & Valla, 2001; Leslie et al. 2005; Pumariega, et al., 2003), des comportements violents, impulsifs ou suicidaires (Breton & Valla, 2001; Nadeau, et al., 2008; Pouliot-Lapointe, et al., 2006; Pumariega, et al., 2003) ou des troubles relationnels (Harada, Yamazaki, & Saitoh, 2002).

Concernant les *connaissances entourant le contexte organisationnel*, les participants des deux types d'établissements sont catégoriques sur l'importance de connaître et de comprendre les mandats, les missions, les responsabilités, les services et les programmes offerts chez leurs collaborateurs. En ce sens, plus les intervenants possèdent de connaissances sur les différents services sociaux jeunesse, plus ils sont en mesure de mieux collaborer avec eux, car ils connaissent davantage les procédures de référence et les spécificités de ces services. Ces éléments sont particulièrement en accord avec les résultats des études sur la question de la collaboration entre les services sociaux destinés aux jeunes avec ou sans TM (Dagenais, et al., 2006; Cottrel, et al., 2000; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Larivière, 1998-1999; Quinn & Cumblad, 1994; Rousseau, et al., 2007). Par contre, les participants du CJ ont particulièrement mis l'accent sur le fait que les intervenants des CSSS doivent avoir une meilleure connaissance de l'aspect légal des interventions réalisées en CJ, ce que certains participants du CSSS ont entériné. Conformément aux écrits québécois portant sur la collaboration entre les CJ et les CSSS (Bentayed, 2010; Goyette, et al., 2011; Larivière, 1998-1999), les intervenants sociaux du CSSS souhaitent mieux connaître et comprendre : (a) les particularités du processus d'intervention légal (LPJ et LSJPA) du CJ, et tous les changements inhérents à ces lois; (b) les critères des signalements retenus et non retenus; et, (c) les différentes approches et philosophies d'intervention des CJ, notamment en clarifiant les critères d'application des mesures volontaires.

6.1.2 L'image de la collaboration

D'abord, il faut rappeler que les images des représentations sociales se rapportent à l'organisation des connaissances des individus à propos d'un objet (Moscovici, 1961). C'est ainsi que le discours des participants à l'étude a été analysé avec l'intention d'explorer et de connaître les propriétés qualitatives et l'image la plus évocatrice de la collaboration chez ces derniers. À la suite de la triangulation des données, il semble que l'image positive qui se dégage des représentations sociales de la collaboration concerne surtout le facteur de la *communication*. Pour les répondants, une bonne collaboration passe inévitablement par une communication de qualité entre les intervenants impliqués dans le processus d'intervention. De plus, ces derniers jugent que les résultats des interventions sont positifs lorsque la communication est qualifiée de constante, cohérente et conséquente. Dans le même sens, l'analyse des cartes associatives révèle que les termes liés à la communication se retrouvent au deuxième rang des huit catégories (voir le tableau 7 du chapitre 5 p. 132). Les participants ont également exprimé que la manière de communiquer entre professionnels relève des caractéristiques associées au savoir-être de l'intervenant, notamment l'ouverture d'esprit et le respect. De plus, les propos de la majorité des répondants coïncident avec les écrits des chercheurs au sujet de la collaboration et des prémisses pour mieux communiquer entre intervenants sociaux travaillant avec des jeunes présentant des TM (AACAP, 2007; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Goyette, et al., 2000; Larivière, 2001; Leslie, et al., 2005; Rousseau, et al., 2007). Ces prémisses font référence à : (a) la clarté des messages et à l'importance de bien écouter et comprendre les messages de ses interlocuteurs; (b)

l'aménagement de rencontres conjointes et régulières, en plus d'être très bien planifiées dans l'agenda des intervenants; et, (c) l'utilisation d'un langage professionnel commun.

Par contre, il est intéressant de constater que les deux groupes à l'étude ont davantage mis l'accent sur des notions de communication peu abordées dans les recherches scientifiques. En effet, les répondants du CJ ont ajouté le fait de nommer clairement et de partager, en début d'intervention, les attentes et les craintes de chaque intervenant participant au processus d'intervention. Cette demande fait évidemment suite à des expériences négatives de collaboration, où des partenaires du CSSS n'avaient pas spécifié leurs attentes professionnelles à l'égard des intervenants du CJ. Dans ces situations, les moyens d'intervention et les rôles spécifiques de chaque intervenant n'avaient pas été clarifiés. Les participants du CJ ont également ajouté qu'ils ont parfois l'impression de faire l'objet de préjugés et de jugements en raison de leur appartenance professionnelle au CJ. Un seul intervenant social était de cet avis au CSSS. Une autre différence notable dans les facteurs d'influence positive reliés à la communication énoncés par les répondants des CSSS est l'importance de faire ses retours d'appel rapidement. Ce facteur a également été soulevé par Larivière (1998-1999) sur l'entente-cadre «CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient au service des enfants, des jeunes et des familles» en raison de la possibilité de perte d'informations entre les deux établissements si un appel n'est pas fait dans un délai raisonnable.

6.1.3 Les attitudes

La dimension des attitudes fait davantage appel aux émotions et aux sentiments vécus par les intervenants à la suite de la réalisation d'une activité de collaboration. Telle que décrite par Moscovici (1972), l'attitude représente la position de l'individu face à un objet donné. Cette position peut être soit positive ou négative, favorable ou défavorable.

À la lumière des différentes expériences vécues et racontées dans les situations d'incidents critiques (positives ou négatives), il est possible de constater que les intervenants sociaux adoptent différentes attitudes face à la collaboration. Les résultats de ce mémoire mettent effectivement en évidence que lors d'une situation de collaboration positive, les intervenants sociaux adoptent une attitude positive envers leurs partenaires et, à l'inverse, ces derniers ont tendance à adopter une attitude négative lors de situations de collaboration jugées plus difficiles. Par contre, qu'ils soient impliqués dans une situation positive ou négative, leur attitude envers la collaboration reste favorable, et ce, peu importe le moyen d'activités de collaboration utilisé (PSI, EIJ, transferts personnalisés, etc.). Cette attitude favorable peut s'expliquer par un bon nombre d'avantages qui découlent d'une participation et d'une mobilisation lors d'activités de collaboration entre le CJ et les CSSS lorsqu'un jeune présente un TM. Parmi les avantages associés à la réalisation d'activités de collaboration judicieuses et harmonieuses, notons : (a) l'amélioration du bien-être physique et psychologique des jeunes et de leurs familles; (b) l'amélioration de la communication entre les intervenants sociaux et les gestionnaires; (c) l'augmentation des connaissances des contextes

organisationnels et d'intervention des organismes de la région; (d) le développement ou l'amélioration de son expertise en santé mentale jeunesse; et, (e) le développement des relations de confiance et d'un réseau de contacts avec des professionnels du RSSS au SLSJ. Par contre, exclusivement dans le contexte de mesures ordonnées, les intervenants du CSSS reconnaissent avoir une attitude plus négative envers la collaboration. Cela se produit spécifiquement lorsqu'ils ont déjà un surplus de dossiers dont ils doivent s'occuper. Ainsi, ils trouvent désolant d'avoir toujours l'impression de manquer de temps pour répondre adéquatement aux besoins de chaque famille déjà à leur charge de cas au CSSS. Cette impression d'être surchargé, qui est nommée par les répondants des CSSS, coïncide directement avec les propos de l'étude de Goyette et al. (2011) à l'effet que depuis les modifications de la LPJ en 2007, le nombre de transferts personnalisés a augmenté mais que les ressources humaines et financières des CSSS ne suffisent plus pour répondre à cet ajout de responsabilités.

Plus directement en lien avec les relations que les gestionnaires entretiennent avec leurs équipes d'intervenants sociaux, les participants des deux établissements à l'étude ont insisté sur le fait qu'ils avaient plus tendance à avoir une attitude positive et favorable envers les interventions réalisées en collaboration lorsque leurs gestionnaires faisaient preuve de «leadership» et qu'ils les soutenaient dans leurs processus d'intervention. Bien que certains travaux de recherche portant sur la collaboration entre les services sociaux jeunesse et les centres de protection de l'enfance (Goyette et al., 2000; Johnson et al., 2003; Larivière, 2001; 2007) aient également mis en relief ces deux éléments comme facteurs organisationnels d'influence positive, les participants de la présente étude ont

davantage insisté sur ceux-ci. En effet, que ce soient les intervenants du CJ ou des CSSS, ces derniers ont ajouté que leurs attitudes face au soutien de leurs gestionnaires seront influencées de manière positive si leurs employeurs démontrent : (a) de la confiance envers leurs compétences; et, (b) de l'accessibilité et une mobilisation lors de difficultés vécues.

À l'instar d'autres auteurs qui inscrivent leurs travaux dans le champ des représentations sociales (Lessard, 1998; Moliner, 2001; Montminy, 2000; Pouliot, Camiré et Saint-Jacques, 2013; Rateau, 2007), la présente étude révèle que les trois composantes des représentations sociales interagissent entre elles et qu'elles s'influencent mutuellement. De fait, l'information que les intervenants sociaux possèdent et l'image qu'ils se font de la collaboration se répercutent sur leurs attitudes développées à son égard. Cet enchaînement de ces trois éléments du contenu des représentations sociales de la collaboration chez les participants peut s'articuler de la manière suivante. Un intervenant social travaillant avec un jeune qui présente un TM qui possède de bonnes connaissances au sujet des contextes d'intervention (les manifestations des TM, les interventions privilégiées en santé mentale et les lois inhérentes à leurs interventions) et des contextes organisationnels des différents établissements du RSSS (les rôles, mandats, missions, programmes et services) sera davantage porté à entrer en communication, à bien travailler en équipe avec les différents collaborateurs, en plus d'adopter une attitude positive et favorable envers la collaboration, car il reconnaîtra les avantages (pour l'intervention et pour la famille) à travailler en collaboration.

6.2. LES RECOMMANDATIONS

Tout bien considéré, c'est en connaissant mieux les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS œuvrant avec des jeunes présentant des TM, que cela permettra d'aider les gestionnaires à l'améliorer, et ce, en perfectionnant les moyens de communication et en favorisant le déroulement d'activités de collaboration saines et cohérentes. Les paragraphes suivants abordent les recommandations issues des différents propos élaborés par les participants et les écrits scientifiques recensés qui pourraient s'appliquer au contexte des services sociaux jeunesse québécois.

En premier lieu, il serait important que les employeurs informent, expliquent et clarifient les différents organismes: leurs rôles, leurs responsabilités, leurs limites d'intervention (surtout de faire la différence entre la 1^{ère} ligne et la 2^e ligne) et les contextes légaux dans lesquels leurs intervenants sociaux travaillent. Pour ce faire, comme le mentionnent bon nombre d'auteurs (AACAP, 2007, Horwath & Morrison, 2007; Janssens, et al., 2010; Johnson, et al., 2003; Goyette, et al., 2000; Larivière 1998-1999), les répondants de cette étude sont d'avis que les gestionnaires du CJ et des CSSS devraient planifier des rencontres régulières entre les deux organisations, afin qu'ils soient en mesure d'avoir des informations bien à jour. Ces rencontres d'informations communes pourraient aider à diminuer les préjugés entre les différents professionnels du RSSS en augmentant les activités de connaissance mutuelle et les connaissances à propos de tous les changements organisationnels qui sont survenus au CJ depuis les dernières

années. De plus, les participants font la demande à leurs gestionnaires d'entretenir de bonnes relations avec les différents partenaires potentiels à des activités de collaboration. Selon eux, par des activités de concertation et de partenariat avec différentes instances du milieu de la santé et des services sociaux, les gestionnaires seraient en mesure de favoriser le réseautage, de développer de nouvelles idées et de réaliser davantage de protocoles d'ententes de services afin d'améliorer les activités de collaboration. Un participant du CJ a même soulevé que les bonnes relations inter-établissements ont pour avantage d'ouvrir un bon nombre de portes vers d'autres organisations, en plus de faciliter l'accès aux services spécialisés et d'améliorer les activités de collaboration.

Par ailleurs, un élément qui n'a pas été abordé par les répondants et qui mériterait d'être exploré concerne l'utilisation d'un système de données informatiques et le développement d'outils standardisés communs pour tous les établissements œuvrant avec des problématiques de santé mentale jeunesse. Selon plusieurs auteurs (AACAP, 2007; Bai, et al., 2009; CTSMICJ, 2007; Larivière, 1998-1999; Levitt, 2009; Pumariega et al. 2003), ce système de données informatiques faciliterait l'échange d'informations entre intervenants. Cela donne à penser que si les intervenants sociaux de la région avaient accès à ce genre de système, ils exprimeraient beaucoup moins de contrariété face : (a) aux longs délais de retours d'appel dans le but d'être informé de la situation du jeune et de sa famille; ou, (b) à leurs inquiétudes en ce qui concerne les différentes informations qui ne se rendent pas aux bonnes personnes (intervenants et gestionnaires) ou à tous les niveaux de service (1^{ère} et 2^e ligne). Évidemment, l'utilisation d'un système informatique commun doit faire l'objet de précautions par rapport aux aspects de la confidentialité et

du secret professionnel. Il doit être utilisé avec un bon discernement et jugement professionnel.

Par ailleurs, pour contrer les effets négatifs de la mobilité du personnel dans les CSSS et le CJ de la région, dont le fait de ne plus savoir à qui s'adresser pour telle ou telle problématique, il serait à propos de s'interroger sur la faisabilité de la réalisation d'un bottin informatisé (ex. : Disponible par INTRANET de l'Agence de la santé et des services sociaux du SLSJ) réunissant des informations au sujet de tous les intervenants et organismes qui travaillent dans les services jeunesse au CSSS et au CJ (par exemple, le nom, l'organisme, le service ou le programme, les fonctions, les coordonnées et la date de la mise à jour). Ce bottin devrait être mis à jour hebdomadairement, s'il y a des changements de fonctions ou tâches des employés, des remplacements, des retraites, des changements de postes, etc. En mettant régulièrement ces données à jour, cela permettrait aux intervenants d'être en mesure de contacter plus rapidement les bonnes personnes afin de poursuivre adéquatement leurs interventions.

Également, en se référant au discours des répondants des CSSS, il peut être intéressant de s'interroger sur leurs difficultés à recevoir des retours d'appel et des informations spécifiques à un jeune (un suivi à la suite d'un signalement, événements particuliers dans la vie du jeune, etc.) de la part du CJ et sur la disponibilité des intervenants du CJ à répondre aux demandes des intervenants du CSSS. Au sujet de la disponibilité lors d'activités de collaboration entre les CJ et les CSSS, les écrits de

Dagenais, et al. (2006) et de Larivière (1998-1999) soulèvent que les gestionnaires doivent davantage libérer leurs intervenants et alléger leurs tâches de travail, afin de leur permettre de se consacrer de manière régulière à des activités de collaboration.

D'un point de vue plus macroscopique, les participants ont mis l'accent sur le pouvoir des gestionnaires du système des services sociaux afin d'améliorer le développement d'une attitude positive et favorable face aux différentes activités de collaboration dans les services sociaux jeunesse et de protection de l'enfance. Tout comme l'ont soulevé les recherches scientifiques au sujet de la collaboration entre ces services (Goyette, et al., 2000; Larivière, 1998-1999; Johnson, et al., 2003; Nadeau, et al., 2008; Rousseau, et al., 2007), le manque de ressources humaines, les surcharges de travail des intervenants et l'instabilité du personnel peuvent amener les intervenants sociaux à présenter des attitudes négatives face à la collaboration. En effet, si les intervenants sociaux vivent quotidiennement ces situations, il peut arriver qu'ils soient essoufflés par toutes les tâches supplémentaires qu'ils doivent accomplir pour combler les besoins de la clientèle. Selon plusieurs auteurs (CTSMJCJ, 2007; Dagenais, et al., 2006; Eggertson, 2005; Johnson, et al., 2003; Larivière, 2001; Levitt, 2009; Pumariega et al., 2003), la solution à ce problème se trouve dans les différentes instances gouvernementales (provinciale et fédérale), qui ont le pouvoir d'augmenter les fonds destinés aux services sociaux jeunesse. Cet argent supplémentaire pourrait permettre : (a) l'embauche de nouveaux intervenants sociaux pour alléger la charge de travail des intervenants déjà en place, les rendant ainsi plus disponibles à participer et à s'impliquer davantage dans des activités de collaboration; et, (b) le développement de programmes

sociaux et de formations spécifiquement axés sur la collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et ceux de la protection de l'enfance.

6.3 LES LIMITES ET LES FORCES DE L'ETUDE

Malgré la contribution de la présente recherche à l'augmentation des connaissances au sujet des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région œuvrant avec des jeunes présentant des TM, il est possible de relever quelques limites méthodologiques et contextuelles qui y sont associées. D'une part, l'échantillon de petite taille et la technique d'échantillonnage constituent des limites méthodologiques qu'il importe de soulever ici. En effet, la taille de l'échantillon ($n=10$) ne permet pas de saturer les données et de généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants sociaux de la région. Comme l'échantillonnage s'est fait de manière volontaire et «par réseau», il est également possible de présumer que ce sont les intervenants qui se sentaient le plus concernés par les activités de collaboration entre le CJ et les CSSS qui ont voulu participer à la recherche. En fait, cela pouvait rendre leurs discours plus subjectifs. D'un autre côté, Schwoebel, Lapierre, Aulagnier et Verger (2005) affirment que cela peut amener une certaine homogénéisation des données, car les participants à l'étude sont susceptibles de partager certaines ressemblances entre eux (le contexte d'intervention jeunesse et familiale, la profession, les activités de collaboration, etc.) par rapport à leur manière de se représenter et expliquer l'objet d'étude.

La seconde limite méthodologique concerne la méthode d'analyse de données utilisée. Bien que l'analyse de contenu soit particulièrement adaptée pour l'étude des représentations sociales (Moliner, et al. 2002), il ne faut pas sous-estimer le caractère subjectif de ce type d'analyse. En effet, cette subjectivité peut biaiser les résultats en raison de l'implication du jugement du chercheur dans le codage, la catégorisation et l'interprétation des données. Il faut noter que cette subjectivité peut également s'appliquer dans l'interprétation et l'analyse des cartes associatives. Par contre, comme Moliner et al. (2002) le précisent, une démarche associative peut être complémentaire à une entrevue semi-dirigée, en faisant en sorte d'augmenter le niveau descriptif de la représentation sociale et en reflétant davantage les relations qui unissent les idées des participants entre elles. Ainsi, en triangulant les données recueillies, nous avons été en mesure de limiter les biais dans les conclusions qui se dégagent des résultats. Cette triangulation tend à confirmer un résultat en démontrant que les différentes méthodes de collectes de données utilisées vont dans le même sens ou, tout au moins, ne se contredisent pas (Miles & Huberman, 2003).

De plus, dans le cadre de cette recherche, nous souhaitons explorer dans quelle mesure les contenus des représentations sociales de la collaboration varient par rapport aux résultats obtenus lors d'études réalisées dans les grands centres urbains. Cependant, l'étude n'a pas permis de marquer une véritable différence des contenus des représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux qui travaillent dans les milieux urbains et ceux qui œuvrent en région. Cela donne à penser que les longues distances à parcourir pour aller rencontrer un partenaire (ex. de Roberval à

Dolbeau, d'Alma à Chicoutimi), ne sont pas considérées comme un facteur influençant négativement la collaboration.

D'autre part, les problèmes liés à la confidentialité et au secret professionnel sont souvent inclus dans les facteurs influençant négativement la collaboration entre les services de santé mentale jeunesse et les services de la protection de l'enfance. Plusieurs chercheurs (AACAP, 2007; Bai, et al., 2009; Larivière, 1998-1999; Pumariega, et al., 2003) insistent sur le fait que des problèmes éthiques peuvent être causés par un laxisme dans les échanges d'informations entre les services. Toutefois, les participants de cette recherche n'ont aucunement soulevé cet aspect, ni comme facteur d'influence, ni dans le contenu de leurs représentations sociales de la collaboration. À la suite de ce constat, il serait pertinent de vérifier jusqu'à quel point les ententes de services québécoises facilitent davantage les échanges d'informations pertinentes et nécessaires entre les différents intervenants œuvrant auprès des jeunes ayant des TM et des besoins de protection, que celles d'autres pays industrialisés.

La dernière limite méthodologique se rapporte à l'aspect chronologique des représentations sociales et leurs contenus. Puisque les représentations sociales peuvent être sujettes à des changements imprévisibles, la présente recherche a seulement permis d'explorer et de comprendre les représentations sociales de la collaboration dans un moment précis de la vie des intervenants sociaux, soit en 2010. Il est important de souligner que le contexte de cette recherche était particulier, car il était situé à une période

où les changements associés à la LPJ (2007) étaient assez récents (moins de trois ans). Cela dit, une étude longitudinale (ex. : T₁ : 2010 - T₂ : 2015 - T₃ : 2020) permettrait de pouvoir évaluer si les représentations sociales de la collaboration, entre les intervenants sociaux du CJ et des CSSS de la région œuvrant avec des jeunes présentant des TM, ont changé selon les différents contextes sociaux, économiques et administratifs des établissements étudiés. Évidemment, il faut se rappeler que les représentations sociales sont issues d'un processus dynamique socio-cognitif (Moliner, 2001). Par le fait même, les éléments du contenu des représentations sociales de la collaboration entre le CJ et les CSSS peuvent être sujets à changement dans un avenir indéterminé. Rappelons-le, il suffit qu'un changement historique, social, légal ou économique survienne pour venir bouleverser et entrer en contradiction avec le contenu d'une représentation sociale (Moliner, 2001; Rateau, 2007). Comme cette recherche a eu lieu en 2010, peu après les changements des pratiques professionnelles apportées à la suite des modifications de la LPJ en 2007, cela donne à penser qu'il y aurait peut-être eu une différence entre les représentations sociales de la collaboration avant ces modifications. Par le fait même, elles seraient peut-être également différentes aujourd'hui, car six ans (2013) après les changements de la LPJ, les pratiques de collaboration des CJ et des CSSS sont plus ancrées dans leur quotidien. Ainsi, le contexte environnemental dans lequel les représentations sociales prennent place joue un rôle dont il importe de tenir compte dans l'interprétation des résultats du présent mémoire (Abric, 1994; Flick, 1994; Moliner, 2001).

En revanche, la présente recherche compte certaines forces méthodologiques qu'il importe de souligner. Tout d'abord, la principale force de l'étude se trouve en lien avec la

priorisation des activités de collaboration entre les services de protection de la jeunesse et les services de santé mentale jeunesse dans un contexte régional. En effet, aucune étude de ce genre n'a été réalisée au Québec jusqu'à présent. Par le fait même, la réalisation de cette étude met de l'avant des connaissances tenant compte de données exclusivement régionales et francophones. De plus, il est impossible de passer à côté du caractère comparatif de l'étude entre deux groupes d'intervenants sociaux (CJ et CSSS) qui sont souvent amenés à collaborer, sans vraiment être questionnés à ce sujet, et ce, encore moins sous l'angle d'une problématique spécifique à leur collaboration (jeune présentant un TM et un besoin de protection). Bien que l'on ne puisse généraliser les résultats de cette recherche, elle demeure novatrice car, à notre connaissance, aucune recherche n'a été réalisée au Québec à la suite des modifications à la LPJ en 2007 en faisant des comparaisons entre ces deux milieux d'intervention lorsqu'un jeune présente un TM.

La seconde force de cette étude concerne le choix des outils de collecte de données en fonction du cadre de référence utilisé : les représentations sociales. À l'instar de plusieurs auteurs qui inscrivent leurs travaux dans le champ des représentations sociales (Abric, 2011; Moliner et al., 2002; Pouliot et al., 2013), une pluriméthodologie a été privilégiée dans le cadre de ce mémoire, car « il n'existe pas de bonne méthode unique » afin d'étudier les représentations sociales (Moliner et coll., 2002, p. 139). Dans le cadre de cette recherche, plusieurs techniques ont donc été utilisées afin de compenser ou de réduire les limites associées à certaines techniques par l'utilisation de techniques complémentaires. Ainsi, l'utilisation d'entrevues semi-dirigées, une méthode jugée indispensable pour colliger le contenu de représentations sociales (Abric, 1994; Moliner,

et al., 2002), a été complétée par deux autres techniques : la carte associative et l'incident critique. D'une part, pour recueillir le contenu des représentations sociales d'une manière simple et spontanée, une carte associative a été complétée par les répondants. Cette technique, utilisée avant l'entrevue elle-même, a permis de conserver la spontanéité (de Rosa, 2003) de l'expression du contenu sémantique du mot collaboration. De plus, le fait d'intégrer la technique de l'incident critique à l'entrevue semi-dirigée a permis d'approfondir des comportements précis (Loiselle, et al., 2007) des intervenants sociaux lors de situations de collaboration négatives et positives et, ainsi, cela a fait ressortir plus facilement les détails des éléments de contenu des représentations sociales de la collaboration (Kemppainen, 2000).

6.4 LES PERSPECTIVES DE RECHERCHE

La présente étude est en mesure de soulever quelques avenues qui pourraient être considérées pour des recherches ultérieures. Tout d'abord, il serait intéressant de pouvoir interroger les jeunes présentant des TM et les familles sur leurs représentations sociales de la collaboration lors de leur utilisation des services de santé mentale jeunesse et en protection de l'enfance. Le point de vue des jeunes et de leurs familles est encore une avenue de recherche très peu explorée (Janssens, 2010). En explorant leurs représentations sociales de la collaboration, un regard sur leur compréhension des processus de collaboration entre les établissements et sur leurs attentes, leurs craintes et sur leur implication dans l'intervention pourrait permettre de donner davantage d'outils aux familles pour mieux saisir et participer à la réussite de l'intervention.

Dans un deuxième temps, il serait pertinent d'évaluer comment la collaboration est exposée et abordée dans le contenu d'une formation collégiale et universitaire en lien avec les relations d'aide chez les jeunes, étant donné que seulement trois participants à cette étude avaient entendu parler de la collaboration dans leur formation universitaire. Tout comme le soulignent Larivière et Ricard (2003), la collaboration est très peu mise de l'avant dans la formation universitaire du travail social. Est-ce de même, par exemple, pour les programmes d'éducation spécialisée et d'intervention en délinquance ou pour les formations en psychologie, en psychoéducation, voire en médecine ? De ce fait, il serait intéressant que ces programmes mettent davantage de l'avant l'importance de la collaboration entre les différents techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux, car les contextes administratifs et d'intervention actuels des soins destinés aux jeunes présentant des TM tendent à être de plus en plus orientés vers une approche intégrée et interdisciplinaire (Gouvernement du Québec, 2004).

Tout bien considéré, il serait également pertinent d'explorer les représentations sociales de la collaboration entre les techniciens et les professionnels des milieux préscolaires⁵³ et scolaires⁵⁴ et les services sociaux en santé mentale destinés aux jeunes dans les CSSS et au CJ. Les éducateurs en services de garde, les enseignants, les éducateurs spécialisés et les psychoéducateurs (pour ne nommer que ceux-ci) sont régulièrement en interaction avec des jeunes présentant des TM. En raison du temps passé avec ces jeunes hebdomadairement, ces personnes sont en mesure d'observer et

⁵³ Les centres de la petite enfance ou les services de garde en milieu familial.

⁵⁴ Les établissements d'enseignement primaire et secondaire.

d'identifier chez les jeunes des écarts⁵⁵ concernant leur développement cognitif. Ces techniciens et ces professionnels du monde de l'éducation sont donc des ressources clés pour prévenir et reconnaître le développement de TM (Graham, Phelps, Maddison & Fitzgerald, 2011). C'est pourquoi une collaboration saine et structurée entre le milieu de l'éducation et les services sociaux destinés aux jeunes avec des TM doit être établie et ensuite évaluée. L'augmentation des connaissances à ce sujet pourrait faire en sorte d'améliorer l'utilisation des services intégrés en santé mentale jeunesse et de privilégier l'interdisciplinarité autour d'un jeune atteint de TM afin de répondre du mieux possible à ses besoins.

⁵⁵ Se référer au concept de la normalité de Dumas (2007) à la page 12.

CONCLUSION

Dans la présente recherche, les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du CJ et des CSSS du SLSJ œuvrant auprès des jeunes présentant des TM ont été étudiées. Pour ce faire, une collecte de données a été réalisée d'avril à juin 2010 auprès de cinq intervenants sociaux du CJ-SLSJ et cinq autres des CSSS-SLSJ. À l'aide d'une entrevue semi-dirigée et d'une technique associative, ce sont plus précisément les éléments du contenu des représentations sociales de la collaboration, soit l'information, l'image et l'attitude, que ce mémoire a exploré. Par la suite, des analyses de comparaison ont été réalisées avec les éléments du contenu des représentations sociales de chaque établissement, afin d'en distinguer des similitudes et des différences.

Pour chacun des éléments de contenu des représentations sociales de la collaboration chez les participants, il en ressort certains constats. D'abord, au sujet des informations que les intervenants sociaux possèdent à propos de la collaboration, il est possible de constater que ces connaissances sont en lien direct avec la définition qu'ils ont attribuée à la collaboration. Cette définition se résume à un travail d'équipe, entre partenaires, orienté vers des objectifs communs d'intervention et une complémentarité des expertises afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes et leurs familles. Elle englobe des termes tels que le travail d'équipe, la visée d'objectifs communs et la complémentarité, qui sont omniprésents dans les discours des facteurs d'influence positive chez les intervenants. De plus, les participants ont été en mesure d'associer directement leurs connaissances de la collaboration avec les caractéristiques du savoir-être des intervenants. Pour eux, une attitude d'ouverture, de respect, de reconnaissance, de

professionnalisme envers les autres intervenants est indispensable à l'établissement de bonnes relations de collaboration. D'autre part, les connaissances reliées directement aux contextes d'intervention et de l'organisation des établissements du milieu peuvent venir influencer l'état de la collaboration, et ce, surtout en ce qui concerne les jeunes présentant des TM. En effet, si l'intervenant connaît davantage les établissements du RSSS, il serait davantage porté à aller chercher les bonnes personnes pour collaborer et il serait en mesure de mieux référer les jeunes et leurs familles.

Concernant le deuxième élément de contenu des représentations sociales de la collaboration, soit l'image, l'analyse du discours des répondants révèle que la communication était, de loin, l'image la plus évocatrice de la collaboration. Pour eux, une bonne communication peut grandement influencer positivement des activités de collaboration. De ce fait, ils insistent sur (a) la qualité de la transmission des messages, soit un message clair, une bonne écoute et la compréhension; (b) une utilisation des moyens de communication, tels que des rencontres mieux planifiées et des retours d'appel faits rapidement; (c) la création d'un langage professionnel commun; (d) l'expression des craintes et des attentes de chaque intervenant en début de processus de collaboration.

Enfin, les intervenants sociaux ont démontré qu'ils adoptaient une attitude positive et favorable envers l'état des activités de collaboration entre le CJ et les CSSS de la région. Par le fait même, les participants ont indiqué que cette attitude pouvait être influencée par

leurs charges de travail, par la démonstration de la confiance et du soutien obtenu de la part de leurs gestionnaires.

Sans avoir la prétention de pouvoir généraliser les résultats de cette recherche sur les représentations sociales de la collaboration entre les intervenants sociaux des CJ et des CSSS de la province œuvrant avec des jeunes présentant des TM, ceux-ci pourront sans doute être utiles pour renseigner les intervenants sociaux et les gestionnaires sur les conditions essentielles pour bâtir des relations de collaboration saines, harmonieuses et durables. En s'articulant dans les premières années des changements de la LPJ, cette étude permet d'actualiser les connaissances pour améliorer le développement d'ententes ou de protocoles de collaboration lorsque des jeunes présentent des TM et, éventuellement, de bonifier les formations offertes pour les intervenants sociaux des établissements visés. De plus, les intervenants sociaux peuvent saisir l'occasion de se questionner sur leurs manières d'agir et de se comporter lors d'activités de collaboration avec leurs collègues. En espérant que les recherches portant sur la collaboration dans les interventions sociales avec les jeunes qui présentent des TM continuent de se développer, et ce, dans le but de toujours veiller à améliorer les services destinés à ces jeunes et leurs familles.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abric, J.-C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (p. 59-89). Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'études des représentations sociales*. Ramonville: Érès.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2006). *Plan de services individualisé: cadre de référence*. Sainte-Marie: Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2007). Trajectoire des références: Centre jeunesse et Centre de santé et de services sociaux. *Document interne*.
- Allport, F. H. (1935). Attitudes. Dans C. A. Murchinson, *A handbook of social psychology*, 2. New-York: Russel and Russel.
- American academy of child and adolescent psychiatry. (2007, February). Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), p. 284-299.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependant Care. (1994). Health care of children of foster care. *Pediatrics*, 93, p. 335-338.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependant Care. (2002). Health care of young children in foster care. *Pediatrics*, 109, p. 536-541.
- Angold, A., Messer, S., Stangl, D., Farmer, E. M., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88(1), p. 75-80.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2001). *Guide pour soutenir le partenariat: Entente CLSC-Centre jeunesse*. ACCQ-ACJQ.
- Association des centres jeunesse du Québec, & Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (1998). *Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Montréal.

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health-A conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21, p. 75-88.
- Azzi-Lessing, L. (2010). The mental health needs of poor and vulnerable children in early care and education programs. *Early childhood research and practice*, 12(1).
- Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M. M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 33, p. 372-381.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baxter, E., & Diehl, S. I. (1998, March 1). Emotional stages: consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4).
- Belfer, M. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), p. 226-236.
- Bénony, L., Bénony, C., & Dumas, J. (2008). *Psychopathologie des affects et des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Bentayeb, N. (2010, Novembre). Une évaluation contextuelle de la collaboration: cas du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Montréal: Mémoire de Maîtrise présenté à École nationale d'administration publique.
- Bentayed, N. (2010). Une évaluation contextuelle de la collaboration: cas du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. *Mémoire de maîtrise*. ÉNAP Montréal.
- Bergeron-Leclerc, C. (2010). Les facteurs qui facilitent et entravent le cheminement vers l'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux graves et recevant des services d'une équipe de suivi intensif dans la communauté. *Thèse de doctorat*. Faculté des sciences sociales. École de service social. Université Laval.
- Bérubé, L., Goyette, C., Maltais, C., & Plamondon, M. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Birleson, P., & Vance, A. (2008, February). Developinf the «youth model» in mental health services. *Australian Psychiatry*, 16(1), p. 22-26.
- Bonardi, C., & Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage

- substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40, p. 357.e9-357.e18.
- Bouchard, M. (2006). Mécanisme de transfert personnalité vers les centres de santé et de services sociaux des signalements non retenus en provenance des parents. Québec, Chicoutimi .
- Brault, N., & Morin, S. (2011). *Programme de formation CHARLIE, Sommaire des modules : Programme d'accueil et d'intégration-intervenant*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Breton, J.-J., & Valla, J.-P. (2001). Chapitre 1: Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon, & e. collaborateurs., *Démystifier les maladies mentales: Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (p. 1-22). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Breton, J.-J., Plante, M. A., & St-Georges, M. (2005). Challenges facing child psychiatry in Quebec at the dawn of the 21st century. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), p. 203-212.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involted with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), p. 960-970.
- Caron, J., Mercier, C., Martin, A., & Stip, E. (2005). Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schyzophrénie. *Santé mentale au Québec*, 30(2), p. 165-191.
- Centres de santé et de services sociaux de Montréal; Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw; Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). *Gude de partenariat Centres de santé et de services sociaux Centres jeunesse* . Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Chabrol, H. (2011). *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, p. 754.e1-754.e8.
- Chenven, M. (2010). Community systems of care for children's mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(1), p. 163-174.

- Child, Adolescent and Family Branch; Center for Mental Health Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *The Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Their Families Program, Evaluation findings—Report to Congress 2009*. Consulté le Juin 13, 2012, sur Substance Abuse and Mental Health Services Administration: <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-CMHI2009/PEP12-CMHI2009.pdf>
- Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S., & Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. Dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers, & P. Bernard, *Les inégalités sociales de santé au Québec* (p. 263-291). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis en centres jeunesse. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. (2004). *Accessibilité aux soins et services: Clientèles jeunesse*. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec.
- Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. (2004). *De la complicité à la responsabilité*. Québec: La Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada; Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada. (décembre 2010). *EPTC 2 — 2e édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Consulté le décembre 2010, sur Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche du Gouvernement du Canada: <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/> et http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Cosgrave, E. M., Yung, A. R., Killackey, E. J., Buckby, J. A., Godfrey, K. A., Stanford, C. A., et al. (2008). Met and unmet needs in youth mental health. *Journal of Mental Health*, 17(6), p. 618-628.
- Cottrel, D., Lucey, D., Porter, I., & Walker, D. (2000). Joint working between child and adolescent mental health services and the department of social services: The Leeds Model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), p. 481-489.

- Dagenais, C., Larivière, C., Dutil, J., Dupont, D., Brière, F., Boisvert, J., et al. (2006). *Évaluation et suivi de l'implantation des équipes d'intervention jeunesse (EIJ): Rapport final d'évaluation*. Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) et Université de Montréal.
- D'Amour, D. (1997). *Strucuturation de la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne au Québec*. Montréal: Université de Montréal.
- D'Amour, D. (2005). De l'individuel au collectif. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 1(3), p. 12-13.
- Darlington, Y., & Feeney, J. A. (2008). Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practice. *Children and Youth Services Review*, 30, p. 187-198.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2004). Complexity, conflict and uncertainty: Issues in collaboration between child protection and mental health services. *Children and Youth Service Review*, 26(12), p. 1175-1192.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005a). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Agency practices and perceived barriers. *Child Abuse and Neglect*, 29(10), p. 1085-1098.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005b). Practice challenges at the interaction of child protection and mental health. *Child and Family Social Work*, 10(3), p. 239-247.
- de Rosa, A. M. (2003). Le réseau d'associations. Une technique pour détecter la strucutre, les contenus. les indices de polarité, de neutralité et de stéréotype du champ sémantique liés aux représentations sociales. Dans J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 81-117). Ramonville: Érès.
- DeRigne, L., Porterfield, S., & Metz, S. (2009). The influence of health insurance on parent's report of children's unmet mental health needs. *Maternal and Child Health Journal*, 13(2), p. 176-186.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative: Guide pratique*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.
- Despinoy, M. (2010). *Psycopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (éd. 2e). Paris: Armand Colin.
- Dionne, É., Camiré, L., Moisan, S., Hénault, R., Girard, D., & Rousseau, M.-M. (2008). *Les troubles mentaux en centre jeunesse*. Québec: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR).
- Dionne, E. (2005). *La protection des jeunes avec des troubles mentaux: Organisation des services d'hébergement*. Québec: Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.

- Direction des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (2007). *Paramètres organisationnels régionaux en évaluation et traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental-Région de l'Outaouais*. Direction des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45, p. 243-253.
- Dore, G., & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(13), p. 147-158.
- Dumas, J. (2007). Chapitre 1: Une approche descriptive, développementale et relationnelle. Dans J. E. Dumas, *Psychopathologies de l'enfant et de l'adolescent* (éd. 3e revue et argumentée, p. 9-58). DE BOECK.
- Durkheim, É. (1895). *Les règles de la méthode sociologique* (éd. 17e). Paris: Presses Universitaires de France (1968, c1937).
- École en chantier. (2007). *Cadre de référence: Collaboration interprofessionnelle*. Sherbrooke: Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke.
- Egger, H. L., & Emde, R. N. (2011). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood. *American Psychologist*, 66(2), p. 95-106.
- Eggertson, L. (2005). Children's mental health services neglected: Kirby. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), p. 471.
- Epstein, M. H., Nelson, C. M., Polsgrove, L., Coutinho, M., Cumblad, C., & Quinn, K. (1993). A comprehensive approach to serving students with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, p. 127-133.
- Fisher, G. N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (éd. 3e édition). Paris: Dunod.
- Flament, C. (1989). Structure, dynamique et transformation des représentations. Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (p. 204-219). Paris: Presses Universitaires de France.
- Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires: Comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.

- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), p. 327-358.
- Fleury, M.-J., & Latimer, E. (2004). Enjeux systémiques en santé mentale. Dans T. Lecompte, C. Leclerc, & collaborateurs, *Manuel de réadaptation psychiatrique* (p. 351-377). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Flick, U. (1994). Social representations and the social construction of everyday knowledge: theoretical and methodological queries. *Social Science Information*, 33(2), p. 179-197.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (éd. 4th edition). London: Sage Publications.
- Fortier, L. (2004). Des alliances... au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle. *Conférence AQIISM*.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière.
- Frisch, F. (1999). *Les études qualitatives*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Glisson, C., & Hemmelgran, A. (1998). The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), p. 401-421.
- Gouvernement du Québec & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998b). *Pour une stratégie de soutien de développement des enfants et des jeunes*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Gouvernement du Québec. (2004). *Projet clinique: Cadre de référence pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec, & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Goyette, Bouffard, & Larivière. (2000). la concertation et le partenariat aux centres jeunesse de Montréal: des pratiques à soutenir. *Défi jeunesse*.
- Goyette, M., Turcotte, G., & Bentayed, N. (2011). La collaboration entre les centres jeunesse et les ressources du milieu dans le cadre des nouvelles dispositions de la Loi de la protection de la jeunesse: Le point de vue des acteurs des centres jeunesse. Dans D. Turcotte, & Collaborateurs, *Les impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse: un premier bilan* (p. Annexe 13). Québec: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR), Université Laval.

- Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorders with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 365-369.
- Harbour, M., Morin, S., & Maltais, C. (2010). *Soutien aux pratiques cliniques: Plan de formation Jeunes en difficulté*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Harman, J. S., Childs, G. E., & Kelleher, K. J. (2000, November). Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, p. 1114-1117.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.
- Herzlicht, C. (1969). *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- Herzlicht, C. (1972). La représentation sociale. Dans S. Moscovici, *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.
- Hetherington, R., & Baistow, K. (2001). Supporting families with a mentally ill parent: European perspectives on interagency cooperation. *Child Abuse Review*, 10(5), p. 351-365.
- Horwitz, S., & Hoagwood, K. (2002, December). Children and Adolescents. *Mental Health Services Research*, 4(4), p. 239-243.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., et al. (2004). Contextual predictors of mental health services use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), p. 1-15.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., et al. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61, p. 1217-1224.
- Huxham, C. (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5, p. 401-423.
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., Hying, M., & Stormark, K. M. (2007). Mental health problems among child welfare clients living at home. *Child Care in Practice*, 13(4), p. 387-399.
- Janssens, A., Peremans, L., & Deboutte, D. (2010). Conceptualizing collaboration between children's services and child and adolescent psychiatry: A bottom-up process based on a qualitative needs assessment among the professionals. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), p. 251-266.

- Jodelet, D. (1972-1973). Représentation sociales: phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici, *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.
- Jodelet, D. (1989a). Représentations sociales: un domaine en expansion. Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (p. 47-78). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1991). Représentations sociales. Dans H. Bloch éd., *Grand dictionnaire de la psychologie* (p. 668-672). Paris: Larousse.
- Jodelet, D. (1993). Les représentations sociales: regard sur la connaissance ordinaire. *Sciences humaines*, 27, p. 22-24.
- Jodelet, D. (1994). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Johnson, L. J., Zorn, D., Kai Yung Tam, B., Lamontagne, M., & Johnson, S. A. (2003). Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration. *Exceptional Children*, 69(2), p. 195-209.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), p. 1264-1271.
- Kerlinger, F. (1975). *Foundations of behavioral research* (éd. 2e). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Koppelman, J. (2004). The provider system for children's mental health: Workforce capacity and effective treatment. *National Health Policy Forum*(801), p. 1-18.
- Landesman, R. S., & Ramey, C. (1999). Early intervention experience and early intervention for children «at risk» for developmental delay and mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, p. 1-10.
- Laperrière, A. (2000). L'observation directe. Dans B. Gauthier, *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (éd. 3e édition). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2007). La transformation des structures par la nouvelle gestion publique: Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation. Dans E. Baillergeau, & C. Bellot, *Les transformations de l'intervention sociale: Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?* (p. 53-69). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (1998-1999). L'entente cadre entre les CLSC et les centres jeunesse: Une étape dans la construction d'un continuum véritable de services aux jeunes. *Service social*, 47(3 et 4), p. 169-187.

- Larivière, C. (2001). Les réseaux intégrés de services: revue de littérature. Dans Comité conjoint CLSC-CJ, *Guide pour soutenir le partenariat: Entente CLSC-Centres jeunesse* (p. 23-63). Comité conjoint CLSC-CJ.
- Larivière, C. (2007). Collaborer à des services intégrés: encore un long chemin à parcourir. *Intervention*, 172, p. 39-47.
- Larivière, C., & Ricard, C. (2003). Les relations interprofessionnelles et le service social. *Intervention*, 119, p. 117-120.
- Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of a counselling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8), p. 26-32.
- Le Bon, G. (1895). *Psychologie des foules: réimpression de l'édition de 1895*. Osnabruck: Zeller Verlag (1972).
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: Méthode GPS et concept de soi*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Leslie, L. K., Gordon, J. N., Lambros, K., Premji, K., Peoples, J., & Gist, K. (2005). Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), p. 140-151.
- Leslie, L. K., Gordon, J. N., Lambros, K., Premji, K., Peoples, J., & Gist, K. (2005, April). Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), p. 140-151.
- Leslie, L., Hurlburt, M., Landsverk, J., Rolls, J., Wood, P., & Kelleher, K. (2003). Comprehension assessments for children entering foster care: a national perspective. *Pediatrics*, 112, p. 134-142.
- Leslie, L., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J., Slymen, D., & Garland, A. (2000). Children in foster care. *Child Abuse and Neglect*, 24, p. 465-476.
- Lessard, G. (1998). *Les représentations sociales des clientèles à risque chez des intervenants sociaux*. Québec: Université Laval.
- Levitt, J. M. (2009). Identification of mental health service need among youth in child welfare. *Child Welfare*, 88(1), p. 27-48.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tanato Beck, C. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières*. Saint-Laurent: Éditions du nouveau pédagogique inc.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: Éditions du nouveau pédagogique.

- Loukissa, D. L. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, p. 248-255.
- Luscombe, G., Brodaty, H., & Freeth, S. (1998). Younger people with dementia: diagnostic issues, effect on carers and use of services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), p. 323-330.
- Maes, B., Broekman, T. G., Dosen, A., & Nauts, J. (2003). Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioral or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), p. 447-455.
- Martel, M. (2012, Mars). ARH-Direction du développement professionnel et de la qualité- Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (M. Dufour, Intervieweur)
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. (2003). Child psychopathology: a developmental-system perspective. Dans E. J. Mash, & R. A. Barkley, *Child psychopathology* (éd. 2th, p. 3-71). New York: The Guilford Press.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin .
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (éd. 2e édition). Bruxelles: Editions De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moliner, P. (1995). Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-dimensionnel des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, p. 44-55.
- Moliner, P. (2001). Formation et stabilisation des représentations sociales. Dans P. Moliner, *La dynamique des représentations sociales: Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* (p. 15-41). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (2001). Introduction. Dans P. Moliner, *La dynamique des représentations sociales: Pourquoi et comment les représentations sociales se transforment-elles?* (p. 7-14). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (2001). Une approche chronologique des représentations sociales. Dans P. Moliner, *La dynamique des représentations sociales: Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* (p. 245-268). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales: Pratique des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Monette, M., & Jobin, I. (1996). *Planifier et évaluer son intervention. Module 4: L'évaluation sommative*. Cap-Rouge, Québec: Les Presses Inter Universitaires.
- Montminy, L. (2000). *Les représentations sociales de la violence psychologique vécues par des conjointes âgées*. Québec: Université Laval.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1972). Society and theory in social psychology. Dans J. Israel, & H. Tajfel, *The context of social psychology: a critical assesment*. Londres: Academic Press.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public* (éd. 2e). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales* (p. 62-86). Paris : Presses Universitaires de France.
- Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E., Chantal, M., & Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance . Dans M.-H. Gagnée, S. Drapeau, & M.-C. Saint-Jacques, *Les enfants maltraités: de l'affliction à l'espoir* (p. 71-92). Québec: Les Presses de l'Université Laval .
- Nadeau, D., Patry, M.-R., & collaborateurs. (2008). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire: Modèle de développement et d'organisation des services*. Québec: Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- Nadeau, L., Rousseau, C., Séguin, Y., & Moreau, N. (2009). Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle. *Santé mentale au Québec*, 32(1), p. 127-142.
- Naylor, M. W., Anderson, T. R., & Morris, A. (2003). Child psychiatry and child welfare: a collaboration for change. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(1), p. 33-50.
- Odegard, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6, p. 1-13.
- Oliver, S., Harden, A., Rees, R., Shepherd, J., Brunton, G., & Oakley, A. (2008). Young people and mental health: novel methods for systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, 23(5), p. 770-790.

- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Östman, M. (2004). Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, p. 608-613.
- Paillé, P. (1996). Pertinence de la recherche qualitative. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 159). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P. (1996). Phénoménologique (analyse). Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 160-162). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P. (1996). Recherche qualitative. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 196). Paris: Armand Colin.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), p. 383-393.
- Pouliot, E., Camiré, L., & Saint-Jacques, M.-C. (2013). *Comment faire? L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de techniques*. Université Laval: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque, Collection Devenir ChercheurE.
- Pouliot-Lapointe, J., Salazar, S., Nadeau, D., Mireault, G., & Simard, I. (2006). *Rapport d'évaluation du service de consultation 2e niveau suicide-santé mentale*. Beauport: Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- Pronovost, L., & Jinchereau, F. (1986). Le travail interdisciplinaire. *Actes du colloque de l'Association des hôpitaux du Québec: La multidisciplinarité, un concept à développer et à promouvoir*. St-Hyacinthe.
- Pumariega, A. J., Winters, N., & Huffine, C. (2003, octobre). The evolution of system of care for children's mental health: Forty years of community child and adolescent psychiatry. *Community Mental Health Journal*, 39(5), p. 399-425.
- Quinn, K., & Cumblad, C. (1994). Services providers' perceptions of interagency collaboration in their communities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, p. 109-116.
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.

- Rateau, P. (2007). Chapitre 4: Les représentations sociales. Dans J.-P. Pétard, *Psychologie sociale* (éd. 2e édition, p. 164-218). Rosny: Bréal.
- Robitaille, D., & Boudreault, D. (2009). Expérience d'une équipe de santé mentale de première ligne dans l'optimisation des soins. *Santé mentale au Québec*, 34(1), p. 207-219.
- Romanelli, L. H.; Hoagwood, K. E.; Kaplan, S. J. ; Kemp, S. P.; Hartman, R. L.; Trupin, C.; Soto, W.; Pecora, P. J.; LaBarrie, T. L.; Jensen, P. S.; the ChildWelfare-Mental Health Best Practices Group. (2009). Best practices for mental health in childwelfare: Parent support and youth empowerment guidelines. *Child Welfare*, 88(1), p. 189-218.
- Romanelli, L. H.; Landsverk, J.; Levitt, J. M.; Leslie, L. K.; Hurley, M. M.; Bellonci, C. ; Gries, L. T.; Pecora, P. J.; Jensen, P. S.;The ChildWelfare-Mental Health Best Practices Group. (2009). Best practices for mental health in childwelfare: Screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare*, 88(1), p. 163-188.
- Rouquette, M. (1996). Représentations sociales et idéologie. Dans J. Deschamps, & J. Beauvois, *La psychologie sociale: des attitudes aux attributions. Sur la construction de la réalité sociale* (Vol. 2, p. 163-173). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Rouquette, M. L., & Rateau, P. (1996). Diagnostic numérique de la centralité. *3ème Conférence Internationale sur les Représentations Sociales* . Aix-en-Provence, France .
- Rouquette, M., & Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la Connaissance des masses: Essai de psychologie politique*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Rousseau, C., Ammara, G., Baillargeon, L., Lenoir, A., & Roy, D. (2007). *Repenser les services en santé mentale des jeunes: la créativité est nécessaire*. Québec : Les Publications du Québec.
- Saguenay-Lac-Saint-Jean, A. d. (s.d.).
- Samuels, G. M., & Pryce, J. M. (2008). "What doesn't kill you makes you stronger": Survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 30, p. 1198-1210.
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier, *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p. 263-285). Québec: Presses de l'Université du Québec.

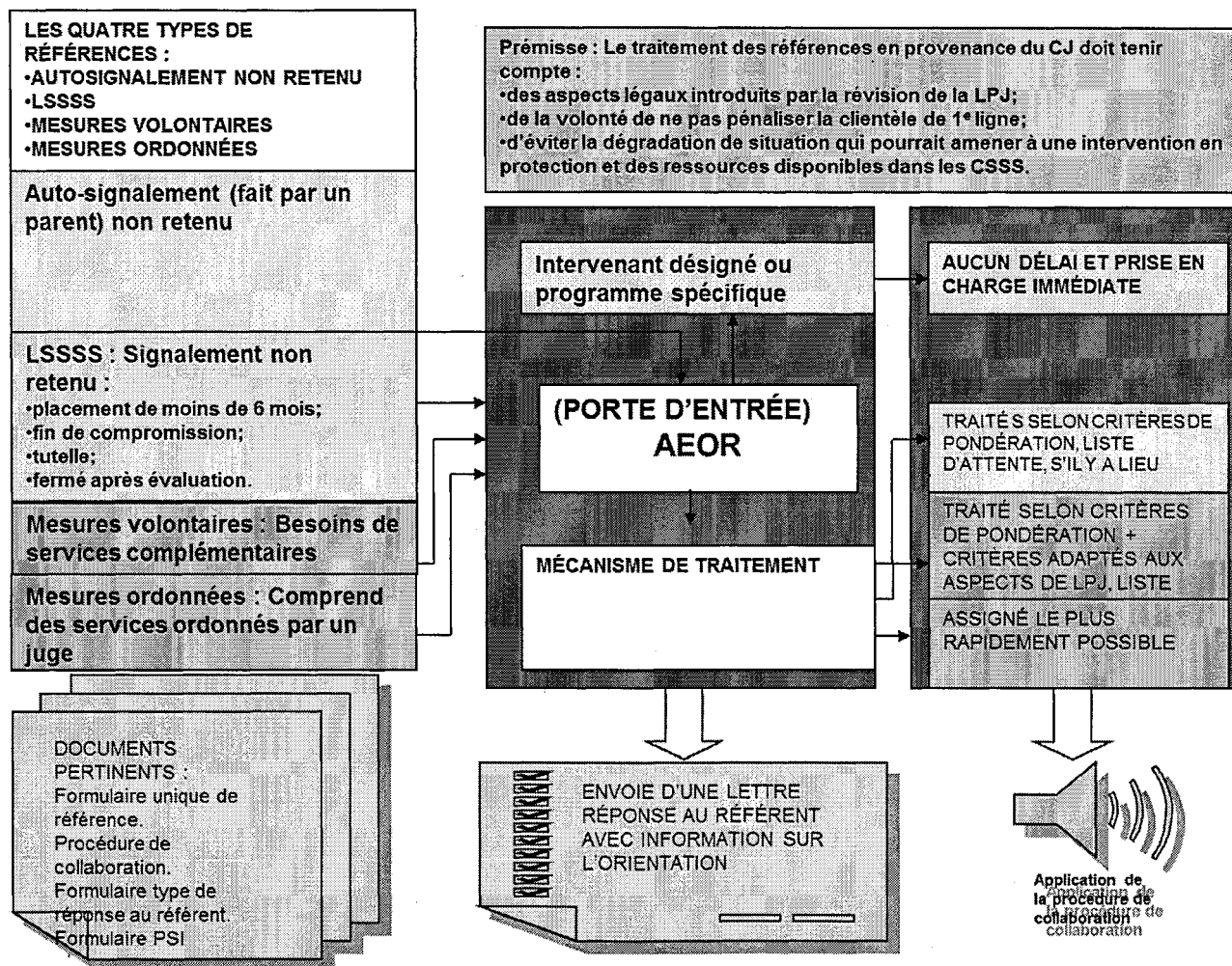
- Schwoebel, V., Lapierre, K., Aulagnier, M., & Verger, P. (2005). Populations: recensement et échantillonnage. Dans P. Verger, M. Aulagnier, V. Schwobel, & T. Lang, *Démarches épidémiologiques après une catastrophe. Anticiper les catastrophes : enjeux de santé publique, connaissances, outils de méthode* (p. 151-170). Paris: La Documentation Française.
- Seca, J.-M. (2001). *Les représentations sociales*. Paris: Éditions Armand Colin.
- Sheehan, R. (2004). Partnership in mental health and child welfare: Social work responses to children living with parental mental illness. *Social Work in Health Care*, 39(3-4), p. 309-324.
- Shin, S. H. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescent in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27, p. 1071-1083.
- Stanley, N., Penhale, B., Riordan, D., Barbour, R. S., & Holden, S. (2003). Working on the interface: Identifying professional responses to families with mental health and child-care needs. *Health and Social Care in the Community*, 11(3), p. 208-219.
- Staudt, M. M. (2003, August). Mental health services utilization by maltreated children: Research findings and recommendations. *Child Maltreatment*, 8(3), p. 195-203.
- Stiffman, A. R., Chen, Y.-W., Elze, D., Dore, P., & Cheng, L.-C. (1997). Adolescents' and providers' perspectives on the need for and use of mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 21, p. 335-342.
- Stimmel, G. L., & Sharfstein, S. S. (2004). The economic burden of bipolar disorders. *Psychiatric Services*, 55(2), p. 117-118.
- Tarde, G. (1903). *Écrits de psychologie sociale choisis et présentés par A. M. Rocheblave-Spenlé et J. Milet*. Toulouse: Édouard Privat (1973).
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30, p. 1-25.
- Turcotte, D., Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, G., Saint-Jacques, M.-C., Goyette, M., et al. (2011). *Les impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse: un premier bilan*. Québec: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR)- Université Laval .
- Tye, C., & Precey, G. (1999). Building bridges: The interface between adult mental health and child protection. *Child Abuse Review*, 8, p. 164-171.
- Tzoufi, M., Mantas, C., Pappa, S., MKateri, Hyphantis, T., Pavlou, M., et al. (2004). The impact of childhood chronic neurological diseases on Greek families. *Child: Care, Health & Development*, 31(1), p. 109-115.

- Vaillancourt, A. (2011, Septembre). Premiers impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) . *Tandem: Ensemble pour les jeunes et les familles (JEFAR)*, p. 1-3.
- Vallerand, R., & Lafrenaye, Y. (2006). Les attitudes. Dans R. J. Vallerand, *Les fondements de la psychologie sociale* (éd. 2e). Montréal: Les Éditions de la Chenelières inc.
- Waddell, C., & Shepherd, C. (2002). *Prevalence of mental disorders in children and youth*. Vancouver: The University of British Columbia.
- Webb, M. B., & Harden, B. J. (2003). Beyond child protection: Promoting mental health for children and families in the child welfare system. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(1), p. 49-58.
- Williams, S., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2006). The potential benefits of remaining in school on the long-term mental health functioning physically and sexually abused children: Beyond the academic domain. *Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), p. 18-22.
- Wimpfheimer, R., Bloom, M., & Kramer, M. (1990). Inter-agency collaboration: Some working principles. *Administration in Social Work*, 14(4), p. 89-102.
- Wood, D. J., & Gray, B. (1991). Toward a comprehensive theory of collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 27(2), p. 139-162.
- Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. *Canadian Journal of Conselling*, 20(4), p. 242-254.

ANNEXES

**ANNEXE A: CHEMINEMENT DES TRANSFERTS PERSONNALISÉS AU
SLSJ**

**TRAJECTOIRE DES RÉFÉRENCES Centre jeunesse et Centre de santé et de services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2007-2008)**



ANNEXE B : CERTIFICATS D'ÉTHIQUE



Montréal, le 23 février 2010

Madame Mélanie Dufour

Objet: CCER 09-10 - 29 Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Madame Dufour,

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 12 novembre 2009 tenue à Montréal au siège social du FRSQ. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Lettres de présentation.
- Formulaire de demande de soumission d'un projet de recherche.
- Protocole de la recherche intitulé : Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, septembre 2009.
- Fiche signalétique des intervenants.
- Guide d'entrevue auprès des intervenants sociaux.
- Carte associative.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 11 septembre 2009.
- Liste des démarches entreprises auprès de d'autres CÉR.
- Curriculum vitae de Madame Mélanie Dufour.
- Curriculum vitae de Madame Christiane Bergeron-Leclerc.
- Curriculum vitae de Madame Eve Pouliot.
- Lettre d'appui de Madame Christiane Bergeron-Leclerc, datée du 9 septembre 2009.
- Fiche d'évaluation et d'approbation de mémoire de l'UQAC.
- Évaluation d'un projet de mémoire de Madame Christiane Bergeron-Leclerc
- Lettre d'évaluation du comité scientifique du CSSS de Chicoutimi, datée du 21 septembre 2009.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux
 500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
 Montréal (Québec) H3A 3C6
 Tél. : (514) 873-2114 poste 252
 Fax : (514) 873-8768
 Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca
 Site du Comité : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

Approbation finale
CCER 09-10 – 29

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 24 novembre 2009. Conformément à nos exigences, vous nous avez soumis, par courriel en date du 7 janvier 2010, les documents suivants :

- Formulaire d'information et de consentement, daté de novembre 2009.
- Lettre de l'évaluation du Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche du CSSS Chicoutimi, datée du 21 octobre 2009.
- Réponse à l'évaluation du Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche du CSSS Chicoutimi, datée du 4 janvier 2010.
- Shéma de l'entrevue – Thèmes et sous-thèmes généraux du guide d'entrevue, document daté du 3 novembre 2009.
- Lettre d'évaluation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC, datée du 20 novembre 2009.
- Réponse à l'évaluation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC, datée du 4 janvier 2010.
- Demande de certification éthique corrigée de l'Université de Québec à Chicoutimi.
- Lettre d'acceptation du projet de recherche par le Comité d'évaluation scientifique du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, datée du 5 novembre 2009.
- Réponse à la demande du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, datée du 4 janvier 2010.
- Réponse à l'évaluation du Comité central d'éthique de la recherche de ministre de la Santé et des Services sociaux, datée du 4 janvier 2010.

Nous avons également reçu la lettre d'approbation finale du comité scientifique du CSSS de Chicoutimi, datée du 11 janvier 2010 laquelle comportait des commentaires. Et nous accusons réception de votre lettre datée du 22 janvier 2010 qui répond à ces commentaires. Finalement, nous avons reçu, par courriel le 19 février 2010, la lettre d'approbation du Comité de convenance du CSSS de Chicoutimi datée du 10 février 2010.

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée. Le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les documents que le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de la recherche intitulé : Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Fiche signalétique des intervenants.
- Guide d'entrevue auprès des intervenants sociaux.
- Carte associative.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Tél. : (514) 873-2114 poste 252
Fax : (514) 873-8768
Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca
Site du Comité : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

- Schéma de l'entrevue – Thèmes et sous-thèmes généraux du guide d'entrevue, document daté du 3 novembre 2009.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 23 février 2010.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 23 février 2010, date de l'approbation initiale. Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- ← De soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, les incidents thérapeutiques graves, les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
- ← De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Approbation finale
CCER 09-10 - 29

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Serge Gauthier, M.D.
Président, Comité central d'éthique de la recherche
du ministre de la Santé et des Services sociaux

SG/

UQAC

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) CANADA G7H 2B1

Vice-rectorat aux affaires étudiantes
et secrétariat général

Comité d'éthique de la recherche

12 janvier 2010

Madame Mélanie Dufour

OBJET : Décision – Approbation éthique
Les représentants sociales de la collaboration chez les intervenants
sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services
sociaux du Saguenay Lac-St-Jean
N/Dossier : 602.261.01

Madame,


Lors de sa réunion tenue le **30 octobre 2009**, le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande d'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité d'accorder l'approbation éthique et ce, sous réserve de remplir les conditions mentionnées lors de la transmission de la décision du Comité d'éthique.

Ayant satisfait les conditions demandées, vous trouverez ci-joint votre approbation éthique valide jusqu'au **1^{er} janvier 2013**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide** et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.


 Marie-Josée Dupéré
 Attachée d'assemblée

/mjd

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 12 janvier 2010 au 1er janvier 2013

Pour le projet de recherche intitulé : *Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay Lac-St-Jean.*

Chercheur responsable du projet de recherche : *Mélanie Dufour*

Fait à Ville de Saguenay, le 12 janvier 2010

Jean-Pierre Béland
 Jean-Pierre Béland
 Président du Comité d'éthique
 de la recherche avec des êtres humains



**Le Centre jeunesse du
Saguenay-Lac-Saint-Jean**

Chicoutimi, le 5 novembre 2009

Madame Mélanie Dufour
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : Projet de recherche « Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre Jeunesse et des centres de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean »

Madame,

Par la présente, le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean vous autorise à réaliser le projet de recherche « Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre Jeunesse et des centres de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean », tel que discuté et accepté lors du comité scientifique du 13 octobre dernier.

Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean vous facilitera l'accès aux personnes et aux données nécessaires pour la réalisation de cette recherche, tout en s'assurant du respect des règles éthiques et de sa politique sur la recherche.

Espérant le tout conforme à vos attentes, recevez, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marc Thibeault
Direction du développement professionnel et organisationnel

MT/cl

c.c. M. Claude Poitras, coordonnateur du développement organisationnel

Siège social: 520, Jacques-Cartier Est, Chicoutimi (QC) G7H 8A2 - Tél.: (418) 549-4853 - Télécopieur: (418) 693-0768
Site internet : www.cj.saglac.qc.ca

ANNEXE C : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



Le Centre jeunesse du
Saguenay-Lac-Saint-Jean

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Chercheuses responsables du projet de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du programme de maîtrise en travail social réalisé à l'Université du Québec à Chicoutimi de Mélanie Dufour, sous la direction de Christiane Bergeron-Leclerc et d'Ève Pouliot, toutes deux professeures régulières à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet ou à ses directrices de maîtrise et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Cette recherche a pour objet les représentations sociales de la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle lors de situations cliniques interpellant des jeunes ayant des troubles mentaux. Elle a pour population l'ensemble des intervenants sociaux du CJ02 et des CSSS du Saguenay-Lac-St-Jean. L'échantillon retenu sera composé de six intervenants sociaux de chacun de ces établissements, pour un total de douze. Elle compte quatre objectifs principaux :

1. Identifier les éléments du contenu (information-image-attitude) des représentations sociales de ces collaborations vécues entre les intervenants sociaux du CJ 02 et du CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{re} et 2^e lignes).
2. Cerner les liens de convergences ou de divergences de ces représentations sociales de la part des intervenants sociaux de ces deux milieux institutionnels.
3. Déterminer les facteurs faisant obstacles à la collaboration interorganisationnelle et à la collaboration interprofessionnelle pour les répondants.
4. Cibler les facteurs qui facilitent la collaboration interorganisationnelle et la collaboration interprofessionnelle entre les intervenants du CJ 02 et du CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{re} et 2^e lignes).

Il est important de spécifier que pour tous les objectifs de recherche, la collaboration interorganisationnelle et la collaboration interprofessionnelle seront d'abord explorées de manière générale, pour ensuite être étudiées sous un angle plus spécifique à partir de situations de jeunes présentant des troubles mentaux.

Déroulement du projet de recherche

La collecte de données de cette étude s'articulera autour de trois méthodes. D'abord, une **fiche signalétique** permettra de tracer un portrait sociodémographique des participants à l'étude (ex. : profession, nombre d'années d'expérience professionnelle, lieu de travail) (5 minutes).

Puis, une **carte associative** sera complétée par les répondants afin de déterminer leurs représentations sociales de la collaboration (25 minutes). Cette technique correspond à une production verbale à partir d'un stimulus qui peut être de nature variée, que ce soit un mot, une image ou un ensemble d'informations. Dans le cas de cette recherche, les participants auront à produire trois séries d'association avec le mot stimulus «collaboration».

Enfin, une **entrevue semi-dirigée**, d'une durée maximale de 90 minutes sera réalisée. Celle-ci comportera des questions ouvertes permettra de mettre en lumière les représentations sociales de la collaboration chez intervenants sociaux. Qui plus est, cet entretien comportera deux parties : une partie plus générale afin de bien cerner le contenu des représentations sociales de la collaboration interorganisationnelle et de la collaboration interprofessionnelle et une deuxième partie réalisée à l'aide de la technique de l'incident critique où les intervenants seront invités à répondre à certaines questions liées à deux situations de collaboration, l'une à dénouement positif, et l'une à dénouement négatif. Cet entretien sera enregistré sur un support audio numérique pour des fins d'analyse.

Il est à noter qu'une seule rencontre sera nécessaire pour compléter l'ensemble du processus de recherche, pour un total de 120 minutes. Les rencontres avec les intervenants sociaux seront réalisées individuellement, dans un local de l'université ou encore dans un lieu choisit par l'intervenant concerné.

Inconvénients associés au projet de recherche

Il n'y a aucun inconvénient direct associé à cette étude si ce n'est le temps requis pour votre participation.

Avantages

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse responsable du projet ou à ses directrices.

L'étudiante-chercheure responsable du projet de recherche et ses directrices, le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirés du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheure responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ces renseignements peuvent comprendre votre nom, votre sexe, votre profession et vos expériences professionnelles.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheure responsable.

L'étudiante-chercheure responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 5 ans et seront ensuite détruites de façon sécuritaire.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par chacun des deux comités d'éthiques de la recherche auquel a été soumis ce projet de recherche, soit le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi et le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheuse responsable.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

Financement du projet de recherche

Cette étude n'est pas commanditée ou financée par un organisme subventionnaire.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante-chercheuse responsable du projet de recherche et ses directrices ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Compensation

Il n'y a aucune compensation financière relative à votre participation à cette étude.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche vous pouvez communiquer avec Mélanie Dufour, étudiante-chercheuse responsable, au numéro suivant : _____ ou Madame Christiane Bergeron-Leclerc, directrice du projet de recherche au numéro suivant : (418) 545-5011 poste 4230.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec

- Monsieur Jean-Pierre Béland, président du comité d'éthique de la recherche. Le numéro de téléphone pour le rejoindre est le suivant : (418) 545-5011 poste 5219
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de Santé et de Services Sociaux de Jonquière au numéro suivant : (418) 695-7700, poste 2664
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de Santé et de Services Sociaux de Chicoutimi (CSSSC) au numéro suivant : (418) 541-1234, poste 2126
- Monsieur Marc Thibeault, Directeur du développement professionnel et organisationnel, Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean au numéro suivant : (418) 549-4853.

Surveillance des aspects éthique du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi ainsi que le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ont approuvés ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec Madame Christine Gagnon au (418) 541-1234, poste 3294 ou avec Monsieur Jean-Pierre Béland du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, au (418) 545-5011, poste 5219.

CONSENTEMENT

Titre du projet: Les représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

I. CONSENTEMENT DU SUJET

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Prénom et nom du sujet	Signature	Date
------------------------	-----------	------

II. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT SI DIFFÉRENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Date
---	------

III. SIGNATURE ET ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche	Date
--	------

ANNEXE D : LETTRES PREMIER CONTACT



Chicoutimi, DATE 2009

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous informer qu'une recherche dans le domaine du travail social est actuellement en cours à l'Université du Québec à Chicoutimi. Cette recherche a pour objet les représentations sociales de la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle chez des intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués. Il est sous la supervision de Christiane Bergeron-Leclerc et Eve Pouliot, toutes deux professeures régulières en travail social à l'UQAC. Plus précisément, ce projet vise à documenter la perception des intervenants sociaux du Centre jeunesse et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean à l'égard de ces formes de collaboration et des facteurs impliqués. Cette étude a été approuvée par les Comités d'éthique suivants : Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC, Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux et Comité scientifique du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ainsi, la collecte de données relative à ce projet d'amorcera cet automne, pour se poursuivre et se finaliser à l'hiver 2010. Suite à la réalisation de la collecte de données, un mémoire de maîtrise sera produit. Une meilleure connaissance de ces perceptions permettra aux intervenants et aux gestionnaires de bonifier leurs interventions auprès des jeunes vivant un TM et leurs proches, tout en accordant davantage d'importance à la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle.

Nous vous sollicitons donc aujourd'hui, afin de vous sensibiliser au démarrage de ce nouveau projet et obtenir votre appui dans le cadre du recrutement des intervenants sociaux susceptibles d'être intéressés par le projet. De fait, nous entrons en contact avec vous aujourd'hui afin que vous nous aidiez à identifier les intervenants qui pourraient participer à nos entrevues. Nous recherchons des intervenants qui devront répondre aux critères d'inclusion suivants : être en poste ou à contrat à cette fonction depuis au moins six mois ; avoir au moins deux ans d'expérience professionnelle ; être intervenu avec un jeune présentant un diagnostic⁵⁶ de TM. De préférence, les participants devront détenir le titre de travailleurs sociaux ou avoir complété un baccalauréat en travail social. Ces intervenants, une fois recrutés, participeront à une entrevue d'une durée de 120 minutes dans laquelle différents thèmes liés à la collaboration seront abordés.

⁵⁶ Le diagnostic de TM doit avoir été donné par un psychiatre et exclu, dans le cas de cette recherche, à toute déficience intellectuelle et trouble organique lié à des traumatismes crâniens, par exemple.

Votre collaboration à ce projet de recherche est essentielle à sa réussite. Si vous acceptez, elle consisterait à distribuer aux intervenants sous votre supervision, des lettres explicatives du projet de recherche. Je pourrais également aller vous rencontrer afin de vous expliquer en profondeur le projet et répondre à vos questions. Par ailleurs, selon votre désir, je pourrais aussi, dans le cadre d'une réunion d'équipe par exemple, aller rencontrer personnellement les intervenants de votre secteur. Ces modalités seront à discuter avec vous.

Je vous contacterai dans les jours suivants la réception de cette lettre, afin de discuter avec vous de notre projet et répondre à vos questions. En vous remerciant à l'avant de votre précieuse collaboration.

Mélanie Dufour
Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Christiane Bergeron-Leclerc
Professeure à l'Unité d'enseignement en travail social
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1



Chicoutimi, le DATE 2009

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous informer qu'une recherche dans le domaine du travail social est actuellement en cours à l'Université du Québec à Chicoutimi. Cette recherche a pour objet les représentations sociales de la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle chez des intervenants sociaux œuvrant auprès de jeunes ayant des TM diagnostiqués. Il est sous la supervision de Christiane Bergeron-Leclerc et Eve Pouliot, toutes deux professeures régulières en travail social à l'UQAC. Plus précisément, ce projet vise à documenter la perception des intervenants sociaux du Centre jeunesse et des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean à l'égard de ces formes de collaboration et des facteurs impliqués. Cette étude a été approuvée par les Comités d'éthique suivants : Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC, Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux et Comité scientifique du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ainsi, la collecte de données relative à ce projet d'amorcera cet automne, pour se poursuivre et se finaliser à l'hiver 2010. Suite à la réalisation de la collecte de données, un mémoire de maîtrise sera produit. Une meilleure connaissance de ces perceptions permettra aux intervenants et aux gestionnaires de bonifier leurs interventions auprès des jeunes vivant un TM et leurs proches, tout en accordant davantage d'importance à la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle.

Votre contribution à ce projet de recherche, si vous acceptez d'y participer, se traduira de la manière suivante : vous complèterez une fiche signalétique comprenant des questions à l'égard de votre vie professionnelle et une carte associative afin de déterminer leurs représentations sociales de la collaboration et enfin, vous participerez à une entrevue semi-dirigée d'une durée de 90 minutes portant sur leurs perceptions de la collaboration interorganisationnelle et la collaboration interprofessionnelle. Il est à noter qu'une seule rencontre sera nécessaire pour compléter l'ensemble du processus de recherche, pour un total de 120 minutes. Les rencontres seront réalisées individuellement, dans un local de l'université ou encore dans un lieu choisi par l'intervenant concerné.

Il faut noter que la responsable de ce projet s'engage à respecter les règles concernant la protection de l'identité des participants et la confidentialité des informations recueillies. Par le

fait même, je vous invite à consulter le formulaire d'information et de consentement qui seront remis et remplis par les participants. Pour toutes questions ou informations supplémentaires, n'hésitez pas à contacter Mélanie Dufour, responsable de cette recherche ou Madame Christiane Bergeron-Leclerc, professeure à l'Unité d'enseignement en travail social, UQAC.

En vous remerciant à l'avant de votre précieuse collaboration.

Mélanie Dufour
Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Christiane Bergeron-Leclerc
Professeure à l'Unité d'enseignement en travail social
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

ANNEXE E : FICHE SIGNALÉTIQUE

Projet de recherche :

Les représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux œuvrant auprès des jeunes présentant un trouble mental au Centre jeunesse 02 et dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Fiche signalétique des intervenants

Date : _____

Code : _____

Fiche signalétique des intervenants

Afin de bien cerner les convergences et les divergences des représentations sociales de la collaboration chez les intervenants sociaux du Centre jeunesse et ceux des centres de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, il est important de connaître leur provenance. Par le fait même, je vous demanderais de bien vouloir répondre à l'ensemble des questions de la fiche signalétique suivante. Je me permets de vous rappeler que toutes ces informations sont confidentielles et seront conservées dans un classeur verrouillé. Je vous remercie de votre collaboration.

1. Quel est votre sexe? (Cochez)

☐ Homme

☐ Femme

2. Travaillez-vous pour le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)? (Cochez)

☐ Oui

☐ Non (passer à la question 3)

Si oui, veuillez spécifier pour quel bureau :

Bureaux :

☐ Bureau de La Baie

☐ Bureau de Chicoutimi

☐ Bureau de Jonquière

☐ Bureau d'Alma

☐ Bureau de Roberval

☐ Bureau de Dolbeau-Mistassini

☐ Centre La Chesnaie

☐ Centre Saint-Georges

3. Travaillez-vous pour l'un des six centres de santé et de services sociaux de la région (CSSS)? (Cochez)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez spécifier pour quel CSSS et pour quelle mission:

CSSS :

☐ CSSS Cléophas-Claveau

☐ CSSS de Chicoutimi

☐ CSSS de Jonquière

☐ CSSS de Lac-Saint-Jean-Est

☐ CSSS Domaine-du-Roy

☐ CSSS Maria-Chapdelaine

Missions :

☐ Mission de centre hospitalier (CH)

☐ Mission de centre local de services communautaires (CLSC)

4. Pouvez-vous décrire votre cheminement académique?

	Année	Domaine
Formation collégiale :	_____	_____
Formation universitaire (1 ^{er} cycle) :	_____	_____
Formation universitaire (2 ^e cycle) :	_____	_____
Autre :	_____	_____
Autre :	_____	_____
Autre :	_____	_____

5. Combien d'années d'expérience professionnelle comptez-vous, au total?

6. Combien d'années d'expérience professionnelles comptez-vous au Centre jeunesse ? Toute région confondue.

7. Combien d'années d'expérience professionnelles comptez-vous au CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes)? Toute région confondue.

8. Emploi actuel :

8.1 Quel est votre titre d'emploi au sein de l'établissement ?

8.2 Est-ce que cet emploi est ... : (Cochez)

- ☐ Un poste permanent à temps complet
- ☐ Un poste permanent à temps partiel
- ☐ Un contrat à temps plein
- ☐ Un contrat à temps partiel
- ☐ Un remplacement à temps plein
- ☐ Un remplacement à temps partiel
- ☐ Autre : _____

8.3 Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?

8.4 Dans quel programme/secteur œuvrez-vous ?

8.5 Auprès de quelle clientèle œuvrez-vous ?

8. 6 Quelles sont les principales tâches associées à l'emploi actuel ?

9. Y a-t-il d'autres éléments vous concernant et que vous aimeriez porter à notre attention?

Merci de votre précieuse collaboration!

ANNEXE F: CARTE ASSOCIATIVE

Projet de recherche :

Les représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux œuvrant auprès des jeunes présentant un trouble mental au Centre jeunesse 02 et dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Carte associative

Date : _____

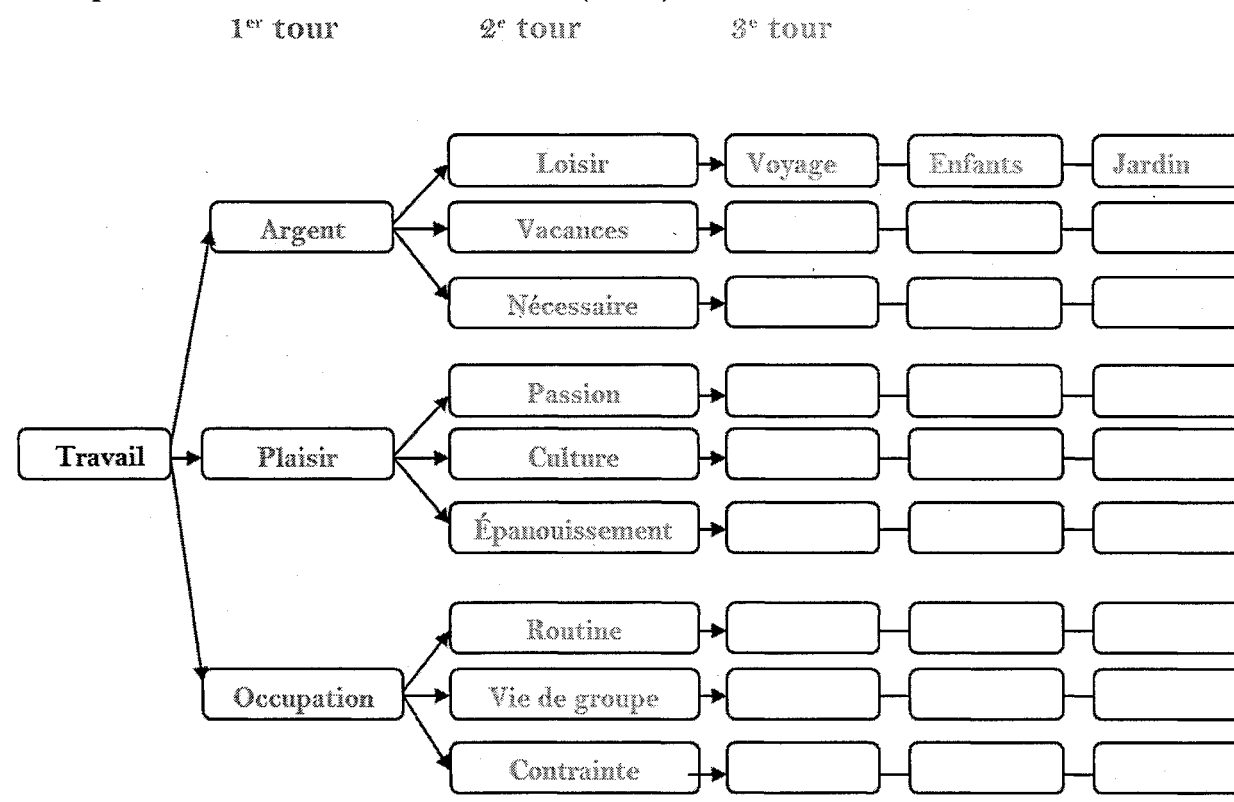
Code : _____

Carte associative

Consigne :

1. Dans un premier temps, je vous demanderais d'écrire trois mots qui vous viennent en tête lorsque vous pensez au mot «collaboration». Écrivez ces trois(3) mots dans chacun des rectangles verticaux reliés par une flèche au mot «collaboration». À noter que l'ordre n'a pas d'importance. Voir l'exemple ci-dessous produit avec le mot «travail».
2. Maintenant, à partir de ces trois(3) couples d'association, je vous demanderais d'écrire trois(3) mots pour chacun des trois(3) couples d'association. Voir l'exemple ci-dessous produit avec le mot «travail».
3. Enfin, vous devez considérer les neuf(9) chaînes de trois(3) associations pour produire trois(3) autres mots qui vous viennent à l'esprit pour chacune des chaînes(9). Voir l'exemple ci-dessous produit avec le mot «travail».

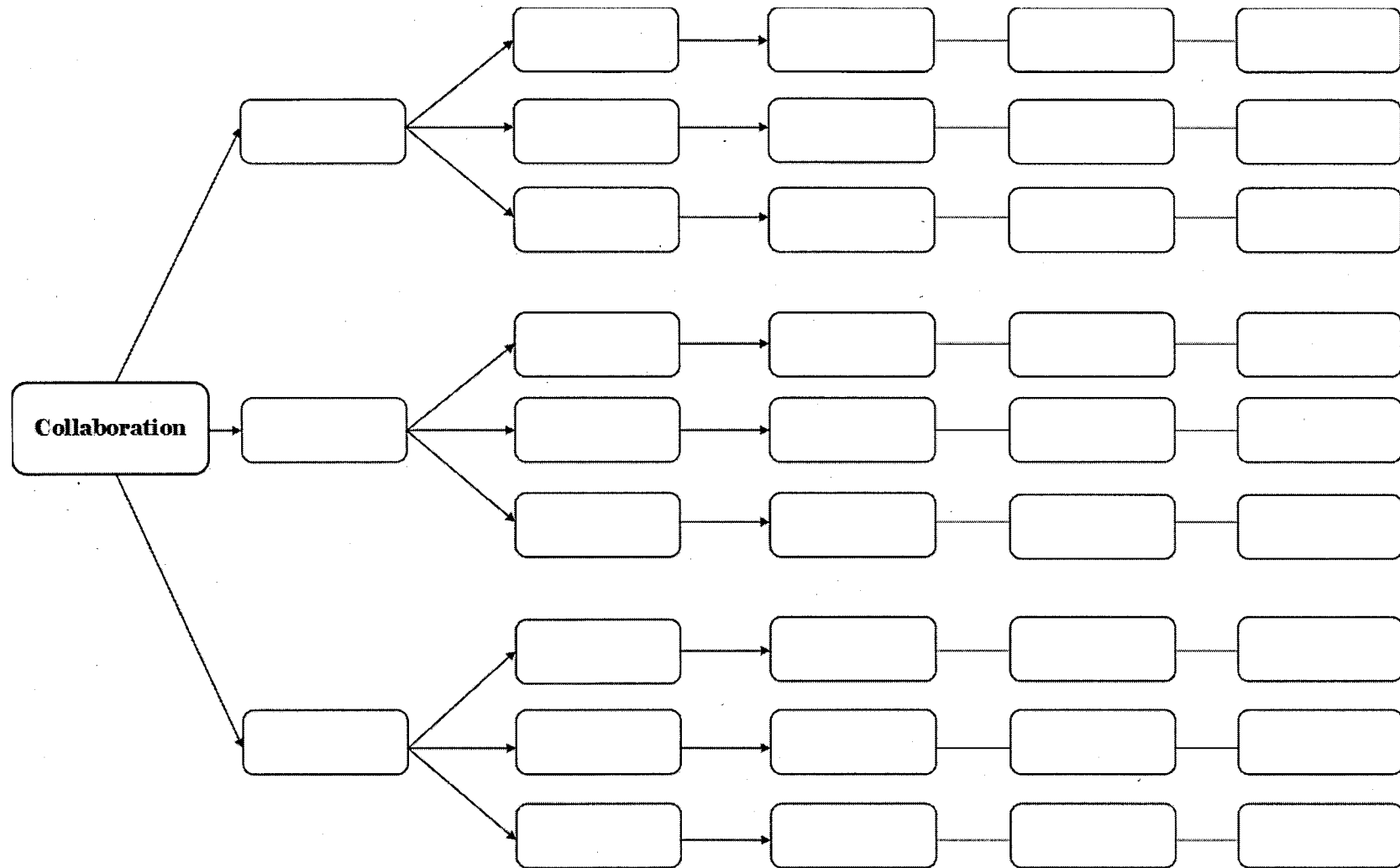
Exemple de Moliner, Rateau, Cohen-Scali (2002) :



Consigne :

- Au 1^{er} tour, le sujet a produit «Argent», «Occupation», et «Plaisir».
- Au 2^e tour, on lui a demandé de considérer la chaîne «Travail – Argent», il a alors produit «Loisir», «Vacances» et «Nécessaire». Et le sujet a fait de même pour les chaînes «Travail- Plaisir» et «Travail – Occupation».
- Au 3^e tour, le sujet a dû considérer les chaînes «Travail- Argent- Loisirs» et il a écrit «Voyage», «Enfants» et «Jardin» (Moliner, Rateau, Cohen-Scali, 2002, p.71).

Référence : Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales: pratiques des études de terrain*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.



ANNEXE G : GUIDE D'ENTREVUE

Projet de recherche :

Les représentations sociales de la collaboration des intervenants sociaux œuvrant auprès des jeunes présentant un trouble mental au Centre jeunesse 02 et dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Guide d'entrevue auprès des intervenants sociaux

Guide d'entrevue

Cette entrevue, d'une durée maximale de 90 minutes, vise à mieux connaître vos perceptions face à la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle entre les intervenants des établissements du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean et des CSSS de la région (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes). En premier lieu, il sera question de vos perceptions face : a) à votre conception de la collaboration, b) à vos expériences de collaboration c) à vos attentes face à vos activités de collaboration, et d) à l'implication de votre employeur. Par la suite, je vous poserai des questions à propos de situations où vous avez collaboré (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant) dans un dossier où un jeune présentait un trouble mental.

Vous pourrez, au cours de cette rencontre, vous exprimer librement et en toute confidentialité à l'égard des aspects susmentionnés. Je vous rappelle que cette entrevue sera enregistrée, puis retranscrite pour des fins d'analyse. Ce matériel sera conservé dans un classeur barré accessible uniquement à l'étudiante à la maîtrise et ses directrices de recherche. Par ailleurs, si en cours d'entrevue, vous ne saisissez pas bien le sens de mes questions, je vous demande de m'en informer. Ainsi, je pourrai les reformuler en d'autres mots. Veuillez prendre note qu'il **n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse** aux questions posées. Également, si vous en ressentez le besoin, nous pourrions prendre un moment d'arrêt en cours d'entrevue ou y mettre fin si vous ressentez un malaise. Enfin, je tiens à vous remercier de nouveau, pour votre collaboration à ce projet de recherche.

**Partie I : Les constituantes des représentations sociales de la collaboration :
Information – Image – Attitude**

Votre conception de la collaboration

- 1) Quand j'utilise le mot «collaboration» qu'est-ce que cela signifie pour vous?
 - a) À quelle définition ou mots, cela vous fait-il penser?
- 2) Selon vous, y a-t-il différentes formes de collaboration?
 - a) Si oui, pouvez-vous m'en parler?
- 3) Vous a-t-on déjà parlé ou avez-vous déjà lu à propos de la collaboration interorganisationnelle?
 - a) Si oui, où avez-vous puisé ces informations?
 - b) Qu'est-ce que vous en avez retiré ou compris ?
- 4) Vous a-t-on déjà parlé ou avez-vous déjà lu à propos de la collaboration interprofessionnelle?
 - a) Si oui, où avez-vous puisé ces informations?
 - b) Qu'est-ce que vous en avez retiré ou compris ?
- 5) Qu'est-ce que la collaboration interorganisationnelle signifie pour vous?
- 6) Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle signifie pour vous?

Vos expériences d'activités de collaboration

Collaboration interorganisationnelle

- 7) À partir des définitions que vous m'avez citées précédemment, pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous employez ce type de collaboration? Expliquez.
Exemples : PSI, réunions interdisciplinaires, co-interventions, PI, programmes, références, discussion de cas, partenariat, concertation, etc.
(Pour l'interviewer seulement)
- 8) Existe-t-il des moyens mis en place pour favoriser la collaboration interorganisationnelle entre le CJ et le CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes)?
 - a) Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage?
Exemples : formation commune, feuillet d'information, réunion d'équipe, etc. (Pour l'interviewer seulement)
- 9) Pouvez-vous estimer le pourcentage des dossiers où il y a des activités de collaboration interorganisationnelle avec (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes)?

- 10) Généralement, dans quel climat de travail se réalise ces interventions de collaboration interorganisationnelle?
- 11) En tenant compte de vos expériences antérieures, quels sont les principaux éléments auxquels vous vous référez pour identifier collaboration interorganisationnelle positive?
- 12) En tenant compte de vos expériences antérieures, quels facteurs caractérisent une collaboration interorganisationnelle négative?

Collaboration interprofessionnelle

- 13) À partir des définitions que vous m'avez citées précédemment, pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous employez ce type de collaboration interprofessionnelle? Expliquez.
Exemples : PSI, réunions interdisciplinaires, co-interventions, PI, programmes, références, discussion de cas, partenariat, concertation, etc. (Pour l'interviewer seulement)
- 14) Existe-t-il des moyens mis en place pour favoriser la collaboration interprofessionnelle entre le CJ et le CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes)?
a) Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage?
Exemples : formation commune, feuillet d'information, réunion d'équipe, etc. (Pour l'interviewer seulement)
- 15) Pouvez-vous estimer le pourcentage des dossiers où il y a des activités de collaboration interprofessionnelle avec (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes)?
- 16) Généralement, dans quel climat de travail se réalise ces interventions de collaboration interprofessionnelle?
- 17) En tenant compte de vos expériences antérieures, quels sont les principaux éléments auxquels vous vous référez pour identifier une collaboration interprofessionnelle positive?
- 18) En tenant compte de vos expériences antérieures, quels facteurs caractérisent une collaboration interprofessionnelle négative?

Relatif aux expériences d'activités de collaboration en général

- 19) Quelles sont les raisons qui vous poussent à collaborer avec vos partenaires? (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant)
- 20) Considérez-vous le partage d'informations sous les aspects de la confidentialité et du secret professionnel, comme un facteur facilitant ou faisant obstacle à la collaboration? Expliquez.

Vos attentes

- 21) Lorsqu'un dossier demande d'effectuer des activités de collaboration avec (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant :
- a) Avez-vous des attentes par rapport à l'intervenant de l'autre établissement? Lesquelles?
 - b) Avez-vous des attentes face à l'autre organisation? Lesquelles?
 - c) Avez-vous des attentes à l'égard de vos collègues de travail? Lesquelles?
 - d) Avez-vous des attentes par rapport à votre organisation/direction? Lesquelles?

Implication de l'employeur

- 22) Par quels moyens vos chefs de service ou directions vous sollicitent-ils à collaborer avec vos partenaires? (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant)
- 23) Quel est le rôle de votre employeur dans (pour faciliter) la mise en place et/ou la réalisation d'activités de collaboration?
- 24) Quel type de soutien vous est offert par l'employeur par rapport à la réalisation d'activités de collaboration avec l'autre établissement?
- 25) Est-ce que vous pensez que les activités de collaboration sont reconnues de la part de votre employeur? Expliquez.
- 26) Lorsque votre employeur vous propose de nouveaux moyens ou de nouvelles méthodes de travail pour collaborer avec vos partenaires, de quelle manière réagissez-vous? Expliquez.

Partie II : Technique de l'incident critique

Situation négative

Maintenant, je vous demanderais de prendre quelques minutes pour vous remémorer une expérience de collaboration avec votre partenaire (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant) lors d'une intervention où un jeune présentant un trouble mental. À cet effet, je vous demanderais de choisir une situation où vous êtes intervenu dans le dossier pendant une durée d'au moins 3 à 4 mois. En fait, j'aimerais que vous cibliez une situation où la collaboration était négative, selon vous. Quand vous serez prêt, je vous demanderais de me décrire brièvement cette situation, et ce, sans nommer le nom des acteurs impliqués, qu'il s'agisse des jeunes, des parents et des intervenants.

- 1) Qui étaient les acteurs impliqués?
- 2) En résumé, pouvez-vous m'indiquer pour quelles raisons vous avez choisi cette situation ? Qu'est-ce qui fait qu'il s'agit d'une expérience de collaboration négative?
- 3) En résumé, pour quelles raisons la collaboration était-elle nécessaire dans ce cas ?

- 4) Quelles étaient vos attentes lorsque vous avez participé à cette expérience de collaboration ?
 - a) Celles-ci ont-elles été comblées ou non? Expliquez.
- 5) Quels sont les facteurs ayant entravé cette collaboration :
 - a) Pour vous?
 - b) Pour votre intervention avec le jeune et sa famille?
- 6) Quels sont les facteurs ayant facilité cette collaboration:
 - a) Pour vous?
 - b) Pour votre intervention avec le jeune et sa famille?
- 7) Qu'avez-vous le plus apprécié de cette expérience de collaboration?
- 8) Qu'avez-vous le moins apprécié de cette expérience de collaboration?
- 9) Observez-vous des changements dans votre pratique professionnelle depuis cette expérience?
- 10) Quel a été le résultat de cette collaboration ? Comment cette situation s'est-elle terminée?
- 11) Si vous aviez pu améliorer des aspects de cette collaboration, qu'est-ce que vous auriez fait?
- 12) Lorsque vous vous remémorez votre expérience, quels mots vous viennent à l'esprit ? Nommez-en trois (3).

Situation positive

Maintenant, je vous demanderais de prendre quelques minutes pour vous remémorez une expérience de collaboration avec votre partenaire (soit CJ ou CSSS (mission pédopsychiatrie 1^{ière} et 2^{ième} lignes) selon la provenance de l'intervenant) lors d'une intervention où un jeune présentant un trouble mental. À cet effet, je vous demanderais de choisir une situation où vous êtes intervenu dans le dossier pendant une durée d'au moins 3 à 4 mois. En fait, j'aimerais que vous cibliez une situation où la collaboration était positive, selon vous. Quand vous serez prêt, je vous demanderais de me décrire brièvement cette situation, et ce, sans nommer le nom des acteurs impliqués, qu'il s'agisse des jeunes, des parents et des intervenants.

- 13) Qui étaient les acteurs impliqués?
- 14) En résumé, pouvez-vous m'indiquer pour quelles raisons vous avez choisi cette situation ? Qu'est-ce qui fait qu'il s'agit d'une expérience de collaboration négative?
- 15) En résumé, pour quelles raisons la collaboration était-elle nécessaire dans ce cas ?

- 16) Quelles étaient vos attentes lorsque vous avez participé à cette expérience de collaboration ?
a) Celles-ci ont-elles été comblées ou non? Expliquez.
- 17) Quels sont les facteurs ayant entravé cette collaboration :
c) Pour vous?
d) Pour votre intervention avec le jeune et sa famille?
- 18) Quels sont les facteurs ayant facilité cette collaboration:
c) Pour vous?
d) Pour votre intervention avec le jeune et sa famille?
- 19) Qu'avez-vous le plus apprécié de cette expérience de collaboration?
- 20) Qu'avez-vous le moins apprécié de cette expérience de collaboration?
- 21) Observez-vous des changements dans votre pratique professionnelle depuis cette expérience?
- 22) Quel a été le résultat de cette collaboration ? Comment cette situation s'est-elle terminée?
- 23) Si vous aviez pu améliorer des aspects de cette collaboration, qu'est-ce que vous auriez fait?
- 24) Lorsque vous vous remémorez votre expérience, quels mots vous viennent à l'esprit ? Nommez-en trois (3).

Fin de l'entrevue

En terminant, y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés dans l'entrevue et dont vous aimeriez discuter?

Je vous remercie de votre précieuse collaboration à ce projet de recherche.