

Travailleurs sociaux en milieu clinique : exploration de l'utilisation des approches d'intervention
en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales

Par Frédérique Lavoie-Albert

Mémoire soumis dans le cadre des exigences du programme de maîtrise en service social
sous la supervision de Sonia Ben Soltane

École de service social
Faculté de sciences sociales
Université d'Ottawa

© Frédérique Lavoie-Albert, Ottawa, Canada, juin 2022

À tous ceux et celles qui ont déjà éprouvé(e)s des difficultés en lien avec leur santé mentale, vous n'êtes pas seul(e)s.

À mes parents qui m'ont appuyé inconditionnellement dans toutes mes démarches;

Pour ma maman qui a suscité en moi l'habileté de garder les choses en perspective, de par son calme et son aisance à trouver des solutions.

Pour mon papa qui a toujours été disponible pour m'aider, me conseiller et m'encourager.

Merci infiniment.

Remerciements

Je tiens à remercier la professeure Ben Soltane d'avoir cru dans mes idées dès notre première rencontre. Son appui, ses conseils et son attitude positive, ont fait toute la différence.

Un merci très spécial à mes grands-parents Joseph et Jeanine Albert qui m'ont toujours appuyée dans mes études. Je veux aussi remercier mes frères, Jean-Simon qui a été une source d'inspiration avec son éthique de travail remarquable et Étienne qui m'a permis de garder le sourire.

Enfin, merci aux participantes qui, avec leurs contributions, elles ont ajouté beaucoup de richesse à cette étude.

Résumé (FR)

Cette recherche qualitative a pour but principal d'explorer la manière dont les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales mobilisent les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales en milieu clinique et dans le champ de la santé mentale. Cette exploration a mis la perspective des travailleurs sociaux et les travailleuses sociales au centre de ses préoccupations et a permis de répondre au questionnement suivant : « Comment les approches inspirées par la théorie cognitivo-comportementale sont-elles mobilisées par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales en milieu clinique et en santé mentale? ». L'enquête de terrain a permis de recueillir des entretiens semi-dirigés d'une durée de 60 minutes, réalisés avec trois (3) travailleuses sociales durant le mois d'avril 2022. Quatre (4) thèmes ont guidé les entrevues : 1) la formation universitaire et professionnelle, 2) les interventions psychosociales utilisées en milieu clinique, 3) les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, et 4) les obstacles en intervention en milieu clinique. Résultats et discussion : le thème central qui est ressorti de nos analyses est l'importance du rôle des valeurs personnelles et professionnelles comme facteurs qui influencent le choix de type d'intervention par les travailleurs sociaux cliniciens. Les propos des entretiens semi-dirigés ont aussi mis de l'avant l'efficacité des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales quand ils sont utilisés par des travailleurs sociaux en milieux cliniques : les protocoles sont validés empiriquement, ces outils permettent de valider le vécu d'un patient, son utilisation permet d'ajouter des outils cliniques à la pratique du travail social en santé mentale, etc. Enfin, l'exploration du rôle des travailleurs sociaux dans leur milieu de travail a permis de souligner certaine problématique : les frontières peu définies de cette pratique, le manque de ressources dans les milieux cliniques, la formation universitaire au niveau de la maîtrise en service social n'offrent pas assez de formation clinique, la mauvaise compréhension du rôle du travailleur sociale en santé mentale par la population générale et par les autres membres professionnelles dans une équipe interdisciplinaire, etc.

Mots et concepts clés : approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales (TCC), travail social, santé mentale, valeurs professionnelles et personnelles, santé mentale.

Resume (EN)

This qualitative research has the primary goal to explore how social workers mobilize approaches derived from cognitive-behavioral theories in clinical settings in the field of mental health. To guide this exploration and to ensure that the social worker perspective remains central to this study, the following question was chosen: "How do social workers in clinical settings mobilize approaches inspired by cognitive-behavioural theory in mental health? ". The collected data consisted in qualitative semi-structured and 60-minute-long interviews. They were conducted with three (3) social workers in April 2022. These interviews were focused on the following four (4) themes: 1) academic and professional training, 2) psychosocial interventions used in the clinical setting, 3) approaches that stem from cognitive-behavioural theories, 4) and barriers to intervention in the clinical setting. Results and discussion: The central theme that emerged from our analyses was the importance of the role of personal and professional values as factors influencing clinical social workers' choice of intervention type. The semi-directed interviews also highlighted the effectiveness of approaches derived from cognitive-behavioural theories when used by social workers in clinical settings: the protocols are empirically validated, their tools allow for validation of a patient's experience, their use allows for the addition of clinical tools to social work practice in mental health, etc. Finally, the exploration of the role of social workers in their workplace highlighted certain problems: the poorly defined boundaries of this practice, the lack of resources in clinical settings, university training at the master's level in social work does not offer enough clinical training, the misunderstanding of the role of the social worker in the mental health field by the general population and by other professionals of an interdisciplinary team, etc.

Key words and concepts: approaches derived from cognitive-behavioral theories (CBT), social work, mental health, professional and personal values, mental health.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique de la recherche	7
1.1 Problématique de recherche.....	7
1.1.1 Pertinence sociale.....	11
1.1.2 Pertinence scientifique	12
1.2 Revue de littérature.....	14
1.2.1 L'importance de s'attarder sur le champ de la santé mentale en recherche en service social.....	14
1.2.2 Intervention psychosociale en santé mentale et les pratiques en travail social.....	16
1.2.3 Polyvalence des approches TCC	18
Chapitre 2 : Cadre théorique	21
2.1 Mise en contexte historique	21
2.2 Définition des concepts principaux	24
2.2.1 L'Identité personnelle	24
2.2.2 Identité professionnelle	25
2.3 Relation entre les concepts	27
Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche	29
3.1 Les objectifs de l'étude.....	29
3.2 Orientation épistémologique.....	30
3.3 Posture de chercheur	31
3.4 Le type de données ciblées : des entrevues qualitatives semi-structurées.....	32
3.5 La population à l'étude	34
3.6 Dispositions éthiques.....	36
3.7 La stratégie de recrutement des participantes et des participants	37
3.8 Déroulement du recrutement	38
3.9 Déroulement des entrevues.....	40
3.10 Analyse des données empiriques	41
3.11 La diffusion des résultats	42

Chapitre 4 : Description des données collectées.....	43
4.1 Descriptions générale des données	43
4.2 Description verticale.....	45
4.2.1 Alice	45
4.2.2. Hanna	48
4.2.3 Maude.....	50
Chapitre 5 : L’analyse des données empiriques.....	54
5.1 La formation universitaire	54
5.2 Approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales.....	57
5.2.1 Connaissances et mobilisation des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales ..	58
5.2.2 L’appropriation des TCC dans la pratique	59
5.3 La spécificité de la pratique en milieu institutionnel et de santé.....	61
5.3.1 Les attentes des milieux hospitaliers.....	62
5.3.2 Les défis rencontrés par les travailleurs sociaux œuvrant en milieu clinique.....	63
Chapitre 6 : Discussion des résultats de la recherche	66
6.1 Les rôles des travailleurs sociaux est mal compris en contexte d’équipes interdisciplinaires	67
6.2 L’importance du rôle des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale	68
6.3 La spécificité du rôle des travailleurs sociaux et les frontières de la pratique du travail social peu définies dans le champ de la santé mentale	69
6.4 L’importance des valeurs personnelles et professionnelles des travailleurs sociaux dans leur pratique	71
6.5 Les recommandations	73
6.5.1 Les recommandations au niveau de la pratique	73
6.5.2 Les recommandations au niveau organisationnel.....	75
6.5.3 Les recommandations au niveau politique	76
Conclusion	78
Références.....	81
Annexe A	90
Annexe B	91

Annexe C	92
Annexe D	94
Annexe E.....	95

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableau 1. Résumé du devis méthodologique.....	30
Tableau 2. Caractéristiques principales des participantes.....	44
Figure 1. Interaction entre les trois Soi.....	25
Figure 2. Interaction entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle.....	28
Annexe A. Guide d'entretien – Thèmes et questions.....	89
Annexe B. Certificat d'approbation éthique.....	90
Annexe C. Lettre d'invitation.....	91
Annexe D. Affiche de recrutement.....	93
Annexe E. Formulaire de consentement.....	94

Liste des abréviations

ACT – Thérapie d’acceptation et d’engagement

CSMC – Commission de la santé mentale du Canada

DBT – Thérapie comportementale dialectique

NGP – Nouvelle gestion publique

TCC – Thérapie cognitivo-comportementale

Travailleurs sociaux en milieu clinique : exploration de l'utilisation des approches d'intervention en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales

La pratique du travail social et son champ d'application en santé mentale est un sujet complexe et qui, encore aujourd'hui, incite divers débats. D'une part, les frontières de cette pratique ne sont pas explicitement définies comme dans d'autres disciplines telle que la psychologie et la psychiatrie, ce qui peut parfois être problématique pour certains intervenants. Effectivement, ne pas avoir d'outils d'intervention pratique propres au travail social peut rendre la tâche difficile quand vient le temps d'offrir des services complets, surtout pour les nouveaux intervenants en santé mentale. D'autre part, les frontières peu définies de l'intervention en travail social font en sorte que la pratique du travail social en santé mentale donne lieu à une diversité et une pluralité de modes d'interventions (Bergeron-Leclerc et collab., 2019). Ces modes d'intervention sont souvent inspirés par d'autres disciplines, et il est parfois difficile de les ancrer dans les standards de la pratique et les valeurs du travail social.

Parmi les pratiques d'intervention en santé mentale dans le champ du travail social, il y a la psychothérapie qui inclut la thérapie cognitivo-comportementale. Les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, couramment connues sous l'abréviation TCC, réfèrent « [...] à l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie » et sont pratiquées par certains travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale (Cottreaux, 2020, p.4). Les TCC mettent en lumière une conception environnementaliste qui prône que les milieux dans lesquels s'insère la personne aidée façonnent, jusqu'à un certain point, ses réponses et interactions (Cottreaux, 2020 ; González-Prendes, 2012).

Au cours des dernières décennies, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a suscité un intérêt considérable de la part des milieux de la santé mentale et en recherche (González-Prendes, 2012). Dans les pays occidentaux, les pratiques fondées sur des preuves et les traitements soutenus empiriquement sont de plus en plus privilégiés, faisant ainsi de la TCC l'une des formes de thérapie les plus fréquemment utilisées par, les psychologues, les psychiatres, les conseillers et même par les travailleurs sociaux (Benjamin et al., 2011 ; González-Prendes, 2012; Weissman et collab., 2006). En fait, la TCC a dominé la pratique en santé mentale au cours des trois dernières décennies (González-Prendes, 2012).

En réponse aux lacunes du modèle psychodynamique, les TCC cherchent à intervenir à trois niveaux, soit au niveau comportemental, au niveau cognitif et au niveau émotionnel d'un individu. La première vague de TCC comprend les théories comportementales. La deuxième vague a donné lieu à une révolution cognitive dont sont issues les thérapies cognitives. Enfin la troisième vague, qui a été produite par un constat des limites de la TCC de la deuxième vague, se distingue principalement par une composante émotionnelle.

La première vague de la TCC représente l'aspect comportemental des théories cognitivo-comportementales. Elle a été mise en avant dans les années 1950 et se concentre sur les concepts du conditionnement classique et sur l'apprentissage opérant (Carvalho et collab., 2020). Ces deux concepts font référence au premier type d'apprentissage où un organisme répond à un stimulus environnemental de manière inconsciente (un réflexe) (Sincero, 2022). Le conditionnement classique et la théorie de l'apprentissage opérant, ont tous deux joué un rôle majeur dans l'élaboration de la thérapie comportementale et ont ouvert la voie aux développements futurs de la TCC (Benjamin et al., 2011). Cette première vague s'établit aussi sur le principe que certaines cognitions, émotions et états physiologiques engendrent un comportement dysfonctionnel et qu'en

les éliminant, des changements de comportement se produiront (Carvalho et collab., 2020). Notamment, des notions telles que l'extinction, l'habituation et le contre-conditionnement, ainsi que le renforcement positif et négatif, ont été mises en avant pour encourager les comportements souhaités et supprimer ou éliminer les comportements indésirables (Benjamin et al., 2011). C'est le psychiatre Aaron Beck qui a initié le passage de la perspective psychodynamique au paradigme cognitif (Ruggiero et al., 2018). Les résultats et conclusions de ses recherches ont révélés que la dépression était la conséquence de pensées négatives automatiques sur soi-même, sur le monde et sur l'avenir. Ces avancées dans la compréhension de la dépression sont devenues les prémices de la deuxième vague (*Ibid.*).

La deuxième vague représente le niveau cognitif des théories cognitivo-comportementales et elle a été mise en avant dans les années 1970. L'accent des interventions est par la suite passé de la modification du comportement d'une personne à la modification de sa façon de penser par le biais de processus de pensées internes (Benjamin et al., 2011). En d'autres mots, c'est dans la deuxième vague que les thérapies cognitives se sont ajoutées aux stratégies comportementales de la première vague, en se fondant sur le principe qui stipule que « [...] les attitudes cognitives, les croyances, les attentes et les attributions sont essentielles pour produire, comprendre et modifier le comportement des individus atteints de psychopathologie » (Benjamin et al., 2011, p. 5).

Comparativement aux approches de la deuxième vague et qui visent essentiellement la modification des pensées jugées irrationnelles, les approches qui découlent de la troisième vague émotionnelle favorisent plutôt l'acceptation des émotions négatives ressenties au lieu de les modifier et ce, sans jugement (Catalan-Massé, 2015). Les thérapies de la troisième vague « [...] encouragent à la fois le développement de la flexibilité mentale pour gérer soit des situations adverses, soit un inconfort émotionnel, et la promotion d'un répertoire comportemental plus large

dans la vie quotidienne » (Ruggiero et al., 2018, p. 391). Les thérapies de la troisième vague comprennent la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la thérapie comportementale dialectique (DBT) (Ruggiero et al., 2018); deux approches d'interventions qui deviennent de plus en plus répandues.

Dans ces différentes vagues relatives à l'évolution dans la conception et la pratique des TCC, les travailleurs et les travailleuses sociales n'ont pas joué un rôle considérable. On sait en revanche, qu'ils/elles sont plusieurs.e.s à connaître les approches TCC dans leurs interventions (Gonzales-Prendes, 2012). On sait également que les approches d'interventions individuelles telles que celles qui découlent des théories cognitivo-comportementales ne sont pas mobilisées à leur plein potentiel par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales œuvrant dans le domaine de la santé mentale (Côté, 2017).

La question qui s'impose à nous à ce niveau est de savoir comment les travailleuses et les travailleurs sociaux mobilisent les TCC dans leur intervention ? Que sait-on des acquis en ce qui concerne les différents modes d'intervention des travailleuses et des travailleurs sociaux en santé mentale qui puisent leurs sources dans les TCC ? Quel rôle les travailleurs et les travailleuses sociales pratiquant les TCC pourraient-ils/elles être amené.e.s à jouer dans la provision d'intervention dans le domaine de la santé mentale, et est-ce que ce rôle pourrait amener à questionner l'identité professionnelle et le rôle des travailleuses et travailleurs sociaux ? Nous situons notre recherche dans la province de l'Ontario, principalement pour des raisons pratiques, mais aussi car c'est une province où il y a des forts besoins en services de travail social (Gouvernement du Canada, 2021).

À partir de ces questionnements nous formulons la question de recherche suivante : Comment les approches inspirées par la théorie cognitivo-comportementale sont-elles mobilisées en santé mentale par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales en Ontario? .

Pour répondre à ces questions, nous allons examiner dans la présente recherche plusieurs aspects liés à la manière mais aussi aux potentialités de l'utilisation des approches d'intervention en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales de l'Ontario.

L'élaboration d'objectifs permet, entre autres, de démontrer la pertinence de la recherche en fonction de la problématique présentée (Debret, 2020). Notre recherche sera guidée par quatre objectifs distincts. L'objectif général de la recherche est d'explorer la façon dont les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont mobilisées ou non, par les travailleurs et travailleuses sociaux en milieu clinique, et la manière dont cette mobilisation influence la pratique, la carrière, et l'identité professionnelle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. Le deuxième objectif, un peu plus spécifique, est de comprendre l'importance que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales qui pratiquent les TCC accordent à leur identité professionnelle et personnelle en milieu clinique. Le troisième objectif est de saisir l'influence directe de l'identité professionnelle sur le choix d'intervention privilégiée en milieu clinique. Un quatrième objectif se dédouble aux trois premiers, et il concerne le fait d'explorer et de comprendre le rôle que la formation académique et professionnelle peut avoir sur le choix du type d'intervention privilégiée par un intervenant dans le champ de la santé mentale.

L'atteinte de ces objectifs permettra, entre autres, de mieux connaître les bénéfices des TCC dans l'intervention en santé mentale, et d'examiner comment l'appropriation de techniques d'interventions qui ont été développées dans d'autres disciplines peuvent souligner le rôle des

travailleurs sociaux et en même temps questionner les rôles et types d'intervention données traditionnellement par ces derniers.

Dans les prochaines sections de ce mémoire de recherche, nous allons tout d'abord, présenter la problématique de ce sujet de recherche, ainsi que l'état des connaissances sur les TCC (chapitre 1). Nous présenterons ensuite le cadre théorique qui sera centré sur le concept de l'identité professionnelle (chapitre 2). Dans le troisième chapitre nous présenterons la méthodologie de recherche qui a été adopté dans ce projet de recherche.

Les chapitres qui suivront seront consacrés au corps du mémoire de recherche, et permettront de faire la description des données recueillies (chapitre 4) suivie par des chapitres dédiés à l'analyse et la discussion de ces résultats (chapitres 5 et 6).

La conclusion permettra de situer les contributions de ce projet et ces limites et nous permettra d'introduire des recommandations quant au rôle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales mobilisant les TCC dans leurs interventions en santé mentale et en milieu institutionnel.

Chapitre 1 : Problématique de la recherche

Le présent chapitre a pour but principal de préciser la problématique étudiée et d'en montrer les contours. Ce chapitre nous permettra également de souligner l'importance sociale et scientifique du sujet à l'étude.

La deuxième partie de ce chapitre consistera en une présentation d'une revue de littérature qui touche l'état actuel des connaissances au sujet de la santé mentale de la population canadienne, de l'intervention psychosociale en santé mentale et les pratiques en travail social ainsi que les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales utilisées en intervention sociale.

Cette présentation théorique permettra de situer le sujet, la question de recherche et son utilité. Nous présenterons dans cette dernière section les lacunes dans l'état de nos connaissances sur le sujet, ce qui nous permettra de souligner les contributions apportées par ce travail de recherche.

1.1 Problématique de recherche

Le champ de la santé et celui de la santé mentale de manière générale, sont d'emblée des sujets très complexes. Pour pouvoir bien servir les personnes faisant face à des problèmes de santé mentale, plusieurs méthodes d'interventions, fiables et valides, sont utilisées et bien maîtrisées par les professionnelles de la santé. Des services de qualité doivent aussi être formulés pour permettre de répondre adéquatement aux personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Plusieurs études telles que celle menée par Matsea et collab. (2017) démontrent que de nombreux services en santé mentale sont inadaptés malgré la haute prévalence des problèmes de santé mentale dans la société. De plus, le manque de services adéquats pourrait engendrer des répercussions très sévères pour les individus qui en souffrent et pour la société, car les services en santé mentale jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'état de santé mentale d'une personne

et de sa famille (Matsea et collab., 2017) et par extension sur toute la société dans laquelle cette personne vit.

Un des plus grands problèmes documentés sont les très longues périodes d'attente avant de pouvoir obtenir des services en santé mentale (Gouvernement du Québec, 2021). Cette période d'attente a pour conséquences une augmentation des hospitalisations psychiatriques, une augmentation des symptômes rattachés aux problèmes de santé mentale et une augmentation des risques de tentatives de suicide (Williams et collab., 2008). Malgré la sévérité des conséquences que nous venons juste de mentionner, les listes d'attentes pour obtenir des services de santé mentale persistent pour diverses raisons. Ces listes sont plus ou moins longues selon les régions, les villes et les unités cliniques concernées (Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Le manque de services adéquats en santé mentale peut être expliqué par la priorisation des services en santé physique générale. De ce fait, et malgré les progrès que nous pouvons observer d'année en année en ce qui concerne l'offre de services dans le champ de la santé mentale, il reste encore beaucoup de chemin à faire en comparaison aux autres services de santé (source?). En effet, encore aujourd'hui, la santé mentale reçoit moins d'attention que la santé physique (Center for Mental Health and Addiction, 2016). Certains auteurs évoquent le sous-financement des services publics de santé mentale comme une des raisons qui expliquent l'état de la situation et la lenteur d'accès aux services existants en raison de l'existence de longues listes (Center for Mental Health and Addiction, 2016 ; Moroz et collab., 2020).

Au Canada, les dépenses en santé ont totalisé 308 milliards de dollars en 2021 (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Ce chiffre comprend les dépenses liées aux hôpitaux, aux médicaments et aux médecins. Or, le financement des soins de santé mentale au Canada semble être l'enfant pauvre du système de santé au Canada.

En raison de cette barrière, plusieurs canadiens dépendent des services de santé mentale offerts dans le secteur privé. Ils doivent pour cela avoir accès à des avantages sociaux liés à leurs employeurs et ils doivent être en mesure d'assumer le coût des services en santé mentale du secteur privé (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Conséquemment, ceux et celles qui sont à faible revenus, en situation d'emploi précaire ou encore ceux sans-emplois, peuvent difficilement obtenir des services en santé mentale. Cette situation est doublement injuste car en plus de ne pas recevoir les services adéquats quand ils/elles en ont le plus besoin, ces personnes ne sont pas en mesure d'accéder à l'offre de services du secteur privé en raison de leurs faibles revenus.

Le sous-financement fait aussi en sorte que le système de santé canadien subit de fortes pressions en liens aux besoins de la population canadienne en matière de soins en santé mentale. En effet, entre 2006-2007 et 2013-2014, les visites à l'urgence et les hospitalisations engendrées par des problèmes de santé mentale ont respectivement augmenté de 45% et de 37% (ICIS, 2015).

L'un des effets les plus notables du sous-financement se reflète sur l'attente que doivent subir les Canadiens qui recherchent des soins en santé mentale. En conséquence, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, environ 50% de la population canadienne sont en attente pour des périodes pouvant varier jusqu'à un (1) mois pour des services de counseling (2017). Ce qui est encore plus problématique est que la moitié des Canadiens ont exprimé qu'ils considèrent que leurs besoins sont restés insatisfaits, plus particulièrement par rapport au counseling en santé mentale qu'ils ont qualifié de aucunement satisfaisant (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). En plus du sous financement, le deuxième élément d'explication des lacunes dans l'offre de services en santé mentale résulte du manque de praticiens spécialisés dans ce domaine (Moroz et collab., 2020).

Un autre facteur est avancé pour expliquer les lacunes dans l'offre de services de santé mentale; il s'agit du manque de formation adéquate en intervention psychosociale. Le manque de formation joue un rôle important dans cette problématique et dans le manque de services adéquats (Kourgiantakis, 2019). Plusieurs profils professionnels sont plus communément associés à l'offre de services en santé mentale : on parle ici de psychologues ou de psychiatres par exemple. Cela dit, les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales, malgré leur capacité à offrir des interventions cliniques dans le domaine de la santé mentale, sont peu ou pas mobilisés dans ce domaine (O'Brien et Calderwood, 2010). Il y a plusieurs raisons qui peuvent expliquer cette situation. Une des raisons principales concerne la formation des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales. En effet, ces derniers, et même s'ils sont formés à différentes méthodes d'intervention liées à la santé mentale, ont peu de formation clinique (O'Brien et Calderwood, 2010). En effet, dans plusieurs universités, l'approche le plus souvent soulignée dans l'offre de cours est l'approche structurelle (Université d'Ottawa, 2022 ; Université McGill, 2022 ; Université Laval, 2022). Ce type d'approches vise principalement à analyser et comprendre les causes sociales de certains problèmes et prône « [...] une transformation sociale pour rendre ces structures plus humaines et mieux adaptées aux personnes » (Levesque et Planet-Raymond, 1994, p.23). Le but de l'intervention, selon cette perspective, serait donc de changer une structure problématique, (Levesque et Planet-Raymond, 1994).

Depuis les débuts de l'organisation de la profession, le travail social a développé des interventions cliniques qui permettent d'offrir des interventions en santé mentale avec quelques limitations pratiques (Proctor, 2017). Dans ce contexte de forte demande pour des services de santé mentale le rôle possible des travailleurs sociaux pour combler les lenteurs d'accès et les longues

listes d'attente est une option à envisager, et ce d'autant plus que plusieurs les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales opèrent dans les unités clinique et hospitalières dans ce domaine.

Enfin, le dernier élément très pertinent que nous pouvons avancer pour expliquer cette problématique est le peu de recherches qui existent sur la manière dont les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont utilisées et mobilisées par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales dans le champ de la santé mentale. De manière générale, nous connaissons très bien les avantages et inconvénients généraux de cette approche d'intervention, surtout quand ils sont pratiqués par les autres professionnelles de la santé, tels que les psychologues et les psychiatres (Weissman et collab., 2006). Par exemple, un des plus grands avantages est l'importance que prône cette approche à la nécessité de construire et de maintenir une bonne relation thérapeutique entre la personne aidée et le thérapeute (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010). Cependant, ces conséquences et avantages sont-ils également ressentis par les travailleurs sociaux travaillant dans le domaine de la santé mentale ? Est-ce que ce sont des approches qui contribuent à améliorer leur pratique? Quels sont les défis en intervention psychosociale dans le champ de la santé mentale vécus par les travailleurs sociaux? Bref, la pratique du travail social vient jouer un rôle primordial dans le champ de la santé mentale et il nous paraît plus que pertinent d'effectuer une recherche sur la mobilisation d'un type d'intervention pertinente soit ceux qui découlent des théories cognitivo-comportementales. Nous tenterons de répondre à ces questions dans les sections suivantes de ce mémoire de recherche.

1.1.1 Pertinence sociale

La pertinence de ce sujet de recherche se définit principalement par rapport à la question de la prévalence de la maladie mentale. La majorité de la population vivra avec une problématique

de santé mentale au courant de sa vie (Mantoura et collab., 2017 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Plusieurs études estiment également que les problèmes de santé mentale vont s'aggraver et plafonner après la fin de la pandémie, à la suite des mesures de distanciation sociale et de confinement (John et collab., 2020). Il est donc pertinent de constater que cette étude offrira de nouvelles perspectives touchant le choix de méthode d'intervention privilégiée par les travailleuses et travailleurs sociaux en réponse à ces problématiques de santé mentale.

De plus, cette recherche est d'une pertinence sociale pour les nombreuses travailleuses et travailleurs sociaux qui œuvrent en santé mentale. Analyser et présenter l'utilisation des approches TCC pourrait répondre à plusieurs défis liés au renouvellement des pratiques et au renforcement des interventions en santé mentale dans la profession. Ainsi, obtenir des témoignages provenant directement des travailleuses et travailleurs sociaux sur l'utilisation des approches TCC pourra sensiblement contribuer à montrer le potentiel de l'utilisation de ces approches d'interventions par des travailleurs sociaux en santé mentale et en milieu institutionnel.

1.1.2 Pertinence scientifique

Notre projet de recherche vise à documenter un aspect de la pratique du travail social qui est peu étudié et peu documenté dans la littérature académique au Canada. Plus spécifiquement, cette recherche vise à explorer et comprendre comment les travailleurs sociaux en milieu clinique dans le champ de la santé mentale mobilisent, ou non, les approches d'intervention qui découlent des théories cognitivo-comportementales. Elle permettra de produire des connaissances récentes concernant les interventions psychosociales mobilisant les TCC.

Le point central de notre recherche est l'analyse des témoignages et des points-de-vue des travailleurs sociaux qui sont familier avec l'application des approches découlant des théories

cognitivo-comportementales. Nous privilégions de savoirs expérientiels de ces intervenants issus de leurs apprentissages académiques, de leur formation pratique sur le terrain, et de leurs expériences de pratique des approches TCC; ceci pour pouvoir comprendre de manière plus complète et claire, à la fois les processus d'apprentissage et d'appropriation de ces approches d'interventions, mais aussi l'orientation dans leurs pratiques et leur identité professionnelle.

Cette recherche apportera une contribution concrète et issue de données empiriques. Cette contribution théorique participera à combler les lacunes identifiées dans la littérature. Comme nous en avons fait le constat plus haut, il existe très peu d'études en général et surtout en français, qui traitent de l'expérience concrète clinique des travailleuses et travailleurs sociaux dans un contexte de santé mentale et en lien avec les approches cognitivo-comportementales. Conséquemment, la littérature actuelle est plutôt théorique et non expérientielle.

De plus, il existe aussi des lacunes importantes dans la littérature traitant des concepts qui pourraient expliquer la réticence des travailleuses et travailleurs sociaux par rapport à l'utilisation d'interventions individuelles telles que les approches qui découlent de la TCC, comme la stigmatisation que pourrait vivre certaines travailleuses et travailleurs sociaux ainsi que l'importance accordée au maintien et au respect de leur identité professionnelle (Cesare et King, 2015 ; Taylor et Bentley, 2005).

L'entretien individuel qui sera le moyen principal pour la collecte de données empiriques dans ce projet. Il permettra de privilégier les perspectives des travailleuses et travailleurs sociaux qui sont confrontés à la problématique étudiée dans leur pratique quotidienne. La littérature actuelle est plutôt théorique, elle mobilise peu une dimension expérientielle pourtant nécessaire et elle ne croise pas la pratique sociale avec la question de la mobilisation des TCC. Ces perspectives sont, en effet, peu étudiées et peu connues dans la littérature existante, les explorer ici, elles

permettront de saisir des enjeux professionnels qui sont très importants en contexte d'engorgement des services de santé mentale. Nous espérons que la présente recherche permettra d'adresser ces lacunes pour enrichir la pratique du travail social et ses applications en milieu clinique.

Dans la prochaine section de ce chapitre nous ferons un état des connaissances actuelles sur le sujet étudié dans la présente recherche. Nous examinerons successivement, l'importance de s'attarder sur champ de la santé mentale dans la recherche, l'intervention psychosociale en santé mentale, ainsi que la polyvalence des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

1.2 Revue de littérature

Dans cette section nous allons d'abord nous attarder sur l'importance de la question de la santé mentale et son incidence dans la société canadienne (1.2.1). Dans la section suivante, nous examinerons la question de l'intervention psychosociale en santé mentale et les pratiques en travail social (1.2.2.), pour examiner enfin la question de la polyvalence des approches TCC (1.2.3.).

1.2.1 L'importance de s'attarder sur le champ de la santé mentale en recherche en service social

Malgré sa grande incidence dans la société, les causes de la maladie mentale, sont multiples complexes et pour cela difficile à adresser. En ce qui concerne les causes répertoriées dans la littérature, divers auteurs et organisations telle que l'*Association canadienne de santé mentale* considèrent que les problèmes de santé mentale seraient causés par une combinaison de traits génétiques, biologiques, environnementaux et de personnalité (Association canadienne de la santé mentale, 2021 ; Santé Canada, 2002). Plusieurs professionnels de la santé peuvent intervenir sur

des problématiques de santé mentale, mais peu d'interventions mobilisent des interventions complexes et qui mobilisent une compréhension des causes multifactorielles de la maladie mentale. Bien comprendre une approche qui inclut divers aspects de ces causes, tels que les schémas de pensée, le comportement ainsi que l'environnement d'une personne (tels que les aspects qui découlent des théories cognitivo-comportementales) est non seulement pertinent, mais aussi nécessaire pour appréhender la complexité de la santé mentale d'une personne.

La santé mentale des Canadiens et des Canadiennes est un sujet très d'actualité (Mantoura et collab., 2017 ; Drogo et collab., 2021 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2021 ; Association canadienne de la santé mentale, 2021) dans le contexte de fin de pandémie liée à la COVID-19. Déjà avant la crise sanitaire, les problèmes de santé mentale ont progressivement augmenté au Canada et dans le monde (Mantoura et collab., 2017). À ce propos, la Commission de la santé mentale du Canada souligne qu'une (1) personne sur cinq (5) vivrait avec un problème de santé mentale au Canada (2021). Cela montre une grande prépondérance du risque de rencontrer des problèmes de santé mentale et la pertinence du sujet de recherche, car la majorité de la société vivra à un moment ou un autre au courant de son existence avec un ou plusieurs problèmes de santé mentale (Mantoura et collab., 2017 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2021).

Plusieurs auteurs voient que cette augmentation engendrera par la suite de nombreuses répercussions au niveau économique, social et sanitaire (Mantoura et collab., 2017 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2021; Leclerc, 2017). Par exemple, au niveau économique, la Commission de la santé mentale du Canada (2021) explique que 42.3 milliards de dollars seront nécessaires pour offrir un appui adéquat aux personnes vivant avec un problème de santé mentale (incluant les coûts des traitements et soins). La CSMC explique également que selon son estimation, les services en santé mentale couteront environ 290.9 milliards de dollars en 2041

(2021) à l'état canadien. Cette estimation a été faite avant la pandémie, et sans prendre en compte les répercussions négatives qu'elle a eu et qu'elle continue d'avoir sur la santé mentale de la population canadienne (Drogo et collab., 2021). Plus spécifiquement, ces répercussions visent principalement les groupes vulnérables avec qui les travailleuses sociales ont l'habitude d'intervenir, comme les femmes, les personnes en situation d'itinérance, les personnes aux prises avec un trouble psychiatrique, etc. (Cesare et King, 2015 ; Statistique Canada, 2021).

Il serait alors vraisemblable que les coûts soient encore plus élevés que ceux estimés en 2011 dans ce document préparé par la Commission de la santé mentale du Canada. En d'autres mots, l'augmentation des problèmes de santé mentale de la population canadienne générale et des groupes vulnérables représente un coût considérable pour le pays, lequel pourrait être plus important que l'estimation qui en a été faite avant la pandémie. Dans ce contexte, un examen des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales dans les services offerts à cette population pourrait contribuer à appuyer les interventions des travailleuses et travailleurs sociaux et doter l'intervention gouvernementale d'un nouvel axe d'intervention qui mobiliserait les travailleurs sociaux parmi les intervenants en santé mentale.

1.2.2 Intervention psychosociale en santé mentale et les pratiques en travail social

Dans cette section nous nous attarderons sur l'intervention psychosociale pratiquée par les travailleuses et travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine de la santé mentale. Avant de spécifier et d'expliquer ce qui a été saisi dans la littérature, il est important de noter qu'il a été difficile d'identifier des sources qui traitent des pratiques et des interventions psychosociales faites précisément par des travailleuses et travailleurs sociaux dans la littérature existante. Il existe peu de littérature désignant distinctement différentes approches de l'intervention psychosociale en

santé mentale dans le contexte du travail social. Dans la littérature existante, on retrouve plutôt des articles qui analysent l'évaluation psychosociale pratiquée par les travailleuses et travailleurs sociaux en santé mentale (Masson, 2013, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2011). Ce constat nous amène à souligner encore une fois la pertinence théorique et l'importance de la contribution de la présente recherche car, qui vient explorer un nouveau terrain.

Plusieurs auteurs, expliquent que l'intervention psychosociale en travail social situe la personne aidée et de son environnement (Côté et Brodeur, 2020; Furtos, 2015 ; Ngô, 2014) au centre de l'intervention. L'intervention psychosociale permet, de considérer l'aspect psychologique d'un problème de santé sociale, ainsi que l'aspect social qui souvent en découle (Furtos, 2015). Habituellement, il existe des « [...] intervenants complémentaires » (Furtos, 2015, p.57) qui agissent sur un aspect de la santé mentale. Un exemple de ce type d'action complémentaire serait le travail du psychologue qui se concentre sur l'aspect psychologique d'un problème de santé mentale, tandis que le travailleur social ferait en sorte que son plan d'intervention touche la résolution des répercussions sociales de ce dernier. Mais que faire dans une situation où l'objectif à atteindre dans le plan d'intervention traite à la fois d'un problème de nature psychologique ET de ses répercussions sociales ? Est-ce qu'il est efficace pour la travailleuse sociale et le travailleur social de faire une référence vers un autre professionnel et de mettre un frein à l'atteinte des objectifs sociaux, voir à les compromettre ? La littérature actuelle ne considère pas vraiment ces questions outre qu'à travers le biais de l'interdisciplinarité.

Les TCC ne sont pas un type d'intervention développées en travail social, mais elles permettent d'adresser à la fois les problèmes dans leurs dimension psychologique, tout en

adressant leurs répercussions sur la personne et son environnement (Nicolussi, 2011). Nous allons adresser cette polyvalence des TCC plus amplement dans la prochaine section.

1.2.3 Polyvalence des approches TCC

Les approches cognitivo-comportementales sont très polyvalentes dans leurs définitions et dans leurs applications dans le champ de la santé mentale (Nobert, 2003 ; Ngô, 2015; Kitoko 2018; Côté et Brodeur, 2020 ; Dionne, Ngô et Blais, 2014). Il est reconnu par les spécialistes sur ce sujet que le modèle cognitivo-comportemental est à la base de l'une des interventions psychosociales basées sur des preuves, les plus communes et qu'il est plus efficace que les antidépresseurs seuls pour éviter les rechutes chez les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale (Nobert, 2003 ; Kitoko 2018 ; Mirabel-Sarron, 2007 ; Fansi et collab., 2016).

Cette approche a été mise en place principalement par des psychologues dans plusieurs modèles d'interventions qui découlent de diverses théories de l'apprentissage, tels que la théorie de l'apprentissage social, les théories du conditionnement opérant et du conditionnement classique (Nobert, 2003 ; Kitoko, 2018). Selon le modèle cognitivo-comportemental qui découle de ces théories, le comportement d'un individu pourrait être expliqués par l'apprentissage qui « [...] se fait dans l'interaction entre les individus et leurs environnements microsociaux » (Kitoko, 2018, p.12). Cette vision du comportement prônée par la TCC s'aligne avec l'intervention psychosociale pouvant être utilisée par les travailleuses et travailleurs sociaux, car dans l'intervention sociale le comportement est expliqué et compris par l'interaction entre la personne aidée et son environnement (Kitoko, 2018 ; Côté et Brodeur, 2020 ; Ngô, 2014). De plus, les approches de la troisième vague des TCC concordent bien avec certaines valeurs du travail social en contexte de santé mentale. Certains de ces thèmes communs recourent « [...] l'acceptation, la pleine

conscience, la diffusion cognitive [...] les valeurs du patient et la spiritualité, la relation thérapeutique » (Ngô, 2014, p.38). Cela dit, il est important de souligner que la littérature rapporte aussi que plusieurs travailleuses et travailleurs sociaux reprochent à la TCC d'individualiser les problèmes de santé mentale (Girard, 2002). Plus spécifiquement, certaines travailleuses et travailleurs sociaux soulignent que les approches utilisées en contexte clinique, tels que la TCC, alimentent une psychologisation de l'intervention sociale car la TCC se concentre principalement sur la modification des caractéristiques/comportements de la personne aidée et non sur la modification de son environnement (Bresson, 2012).

Les pratiques d'intervention qui dérivent des approches cognitivo-comportementales sont variées. Selon l'auteur, Michel Nobert, qui a effectué un mémoire de recherche sur « les modèles d'interventions utilisés par les travailleurs sociaux auprès des victimes d'évènements traumatiques » (2003), les buts de l'intervention cognitivo-comportementale peuvent varier selon le trouble de santé mentale dont souffre la personne aidée (Nobert, 2003). Par exemple, il explique que dans le cas du trouble du stress post-traumatique (TSPT), ce type d'intervention est adopté pour favoriser une « [...] intégration émotionnelle du traumatisme » (Nobert, 2003, p.12), pour ensuite encourager une réintégration des activités quotidiennes de la personne aidée.

Il existe aussi d'autres modèles d'intervention qui découlent des principes cognitivo-comportementaux utilisés en milieu clinique qui ont émergé durant la troisième vague des TCC. Par exemple, la thérapie d'acceptation et d'engagement, communément connue comme « ACT » (Dionne, Ngô et Blais, 2014), résulte de la troisième vague de la TCC. Malgré le fait que les principes de cette thérapie sont différents de ceux de la TCC, l'ACT a une efficacité équivalente à celle de la TCC (Dionne, Ngô et Blais, 2014). De plus, l'ACT est un modèle d'intervention qui concorde bien avec l'intervention psychosociale faite par les travailleuses et travailleurs sociaux

car c'est un type de traitement qui vise aussi la détermination de buts, la psychoéducation sur les mécanismes touchant le problème de santé mentale de la personne aidée, des exercices de conscience, etc. (*Ibid*). Bref, ces éléments du traitement de l'ACT font partis du domaine des pratiques des travailleuses et travailleurs sociaux, ce qui est important à considérer dans notre réflexion.

L'efficacité de la TCC ne diffère pas selon le format adopté, que ce soit une administration en format de groupe ou en format individuel (Fansi et collab., 2016). Cet avantage est important à noter quand on prend en considération que la plupart des travailleuses et travailleurs sociaux en contexte de santé mentale opteront pour une approche en individuel et en groupe lors de l'intervention psychosociale (*Ibid*).

En conclusion, il faut souligner la versatilité de la TCC qui a divers modes application (Nobert, 2003 ; Kitoko, 2018). Bien comprendre ces applications dans un contexte de santé mentale et d'intervention psychosociale permettrait aux travailleuses et travailleurs sociaux d'enrichir leurs méthodes d'interventions en adoptant un type d'intervention qui même si n'est pas exclusif au travail social rejoint les objectifs et les vecteurs majeurs de l'intervention psychosociale.

Il y a également plusieurs avantages attachés à la TCC et qui justifient l'intérêt qui lui est de plus en plus porté ainsi qu'aux approches qui en découlent, car on reconnaît d'emblée qu'il s'agit d'une intervention très efficace.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Dans ce chapitre nous allons principalement situer deux composantes majeures. La première nous permettra de situer notre problématique de recherche dans le champ du travail social, en apportant une mise en contexte historique sur la pratique du travail social en santé mentale et de comprendre son évolution dans le temps.

La deuxième composante présentera le cadre conceptuel dans lequel s'insère ce projet de recherche. Nous avons choisi d'examiner la perspective des travailleurs sociaux qui mobilisent la TCC à travers le concept de l'identité professionnelle. Ce concept permet, à la fois, de comprendre la réticence des travailleurs sociaux à utiliser ce type d'approche malgré leur efficacité, et aussi de proposer des pistes de renouvellement des pratiques en santé mentale de manière à renforcer le rôle des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales dans ce domaine, en identifiant les points de convergence entre les interventions psychosociales et la TCC.

Notre projet examine la situation des travailleurs sociaux qui mobilisent les TCC dans leurs interventions et qui de ce fait pourraient être amenés à migrer vers une pratique d'intervention de dehors de leur de leur domaine professionnel.

2.1 Mise en contexte historique

La pratique du travail social est en constante évolution et elle contribue à transformer à la fois la profession, ses fondements, ainsi que le rôle des travailleuses et travailleurs sociaux. Dans le contexte de la santé mentale, les interventions privilégiées en travail social sont depuis longtemps de nature collective et politique. Effectivement, et depuis les années 1960, les interventions collectives sont reconnues au Québec (Bergeron-Gaudin, 2019). Dans le temps long, il y a eu une grande évolution des interventions en santé mentale et ont aussi été marquées par des

emprunts de différentes techniques à des disciplines proches; on parle ici de l'animation sociale, l'intervention communautaire et l'action communautaire (Bergeron-Gaudin, 2019) etc.

Ce type d'intervention a pour but d'améliorer les conditions de vie de la communauté dans une perspective de « [...] transformation sociale » (Bergeron-Gaudin, 2019 ; Legros, 2012). Le postulat derrière les interventions de nature collective est que les problèmes sociaux touchent collectivement les membres du groupe social, ce qui fait que les solutions devraient également être de nature collective (Bergeron-Gaudin, 2019).

L'action sur les déterminants sociaux de la santé est un exemple concret de l'intervention collective. Selon ce type d'intervention, pour améliorer la santé mentale d'un individu, on doit directement intervenir sur les déterminants suivants : l'exclusion sociale, le mode de vie « malsain », les risques de violence ou de mauvaise santé physique, la violation des droits de la personne, etc. (Doré et Caron, 2017).

Les interventions de nature politique sont elles aussi présentes depuis plusieurs décennies dans les pratiques du travail social. En est un exemple la Politique de la santé et du bien-être adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et mise en place en juin 1992 pour essayer de résoudre les problèmes de santé mentale vécus par la communauté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Plus spécifiquement, cette politique avait été élaborée pour « [...] définir les problèmes prioritaires vers lesquels le système socio sanitaire devait orienter son action » (Gouvernement du Québec, 2004, p.33).

Au Canada, la province de l'Ontario n'est pas en reste et a, elle aussi, adopté des politiques en matière de santé mentale telle que la Loi Brian de 2000 sur la réforme législative concernant la santé mentale (Gouvernement de l'Ontario, 2000). Cette loi a permis l'introduction des

ordonnances de traitement en milieu communautaires (OTMC) qui encore aujourd'hui, oriente beaucoup les interventions en santé mentale dans la province.

Dans un autre ordre d'idée, nous pouvons observer aujourd'hui une évolution des approches utilisées par les travailleuses et travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale vers des approches de nature individuelle (Weissman et collab., 2006). Par exemple, et dans un contexte clinique, on peut voir que les approches qui découlent de la théorie cognitivo-comportementale (TCC) peuvent être utilisées (Weissman et collab., 2006).

Ce type d'intervention individuelle est de courte durée et est principalement axée sur la résolution de problèmes ; orientée vers un ou plusieurs buts, cette intervention permet à la personne aidée d'acquérir des outils de gestion individuelle (Rector, 2010). Cette évolution à travers le temps entre le collectif et l'individuel alimente certaines tensions dans les pratiques en travail social. En effet, plusieurs travailleurs sociaux et travailleuses sociales, pourraient penser qu'utiliser des techniques qui découlent de la TCC est une individualisation des problèmes sociaux (Deslauriers, 2019). Par exemple, il y a des associations professionnelles en travail social, qui même aujourd'hui, encouragent les travailleuses et travailleurs sociaux à fonder leurs interventions sur des approches structurelles/collectives (comme par exemple l'analyse des déterminants sociaux de la santé), pour « [...] contrer l'individualisation » dans le champ de la santé mentale (Buetti et collab., 2019, p.41). Bref, et selon les valeurs et les principes du travail social, l'intervention individuelle devrait avoir un but collectif (Deslauriers, 2019).

La recherche que nous menons permettra de questionner les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales sur la manière dont ils/elles perçoivent et approchent la TCC dans leur pratique et donc concilier entre ce type d'intervention et leur identité professionnelle comme travailleurs sociaux.

2.2 Définition des concepts principaux

Dans cette section nous allons d'abord définir le concept d'identité au niveau personnel (2.2.1), puis au niveau professionnel (2.2.2). Nous allons enfin relier l'ensemble des concepts mobilisés dans le cadre de ce travail et montrer leur imbrication dans notre problématique de recherche.

2.2.1 L'Identité personnelle

Pour bien saisir l'identité professionnelle, nous devons d'abord nous attarder sur le concept de l'identité personnelle. Justement, l'identité personnelle est décrite comme étant le fruit des trois composantes principales suivantes qui sont toujours en interaction (Fray et Picouveau, 2010 ; Sherly, 2018). La première composante, qui est l'identité pour soi, est définie comme étant l'image qu'on construit de soi-même (Sherly, 2018). En d'autres mots, l'identité pour soi est notre « vrai » soi, sans filtres, et qui contient nos « vraies » valeurs, nos « vraies » pensées et nos « vraies » conceptions (Perrenoud et Sainsaulieu, 2018 ; Lagadec-Gaulin, 2019).

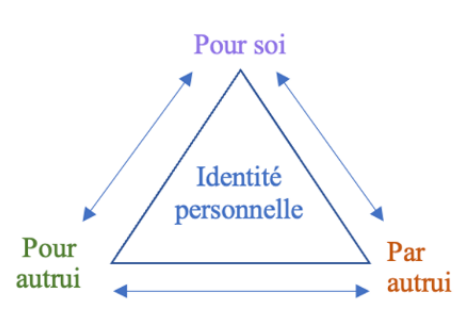
La deuxième composante de l'identité personnelle est l'identité pour autrui qui, elle, est l'image qu'on souhaite renvoyer aux autres et à notre entourage (Fray et Picouveau, 2010). Il s'agit de la version du soi qui est la plus censurée, car elle est fortement influencée par les normes sociétales, organisationnelles, et structurelles.

Pour respecter cette version du soi, la personne essaie donc de respecter ces normes afin de ne pas être considérée comme étant potentiellement anormale ou différente. La troisième composante de l'identité personnelle est l'image que les autres nous retournent (Lagadec-Gaulin, 2019). Elle représente, notamment, la perception des autres par rapport à notre identité.

La Figure (1) illustrée ci-dessous, montre visuellement comment l'identité personnelle est façonnée par l'interaction continue de ces trois composantes. En outre, c'est dans cette partie de l'identité globale que l'individu met en avant ces valeurs personnelles (Lagadec-Gaulin, 2019 ; Perrenoud et Sainsaulieu, 2018).

Figure 1

Interaction entre les trois Soi



2.2.2 Identité professionnelle

L'identité professionnelle est l'autre composante de l'identité globale et elle est ancrée dans la profession de l'individu (Fray et Picouveau, 2010 ; Jurisch Praz, 2016). Elle résulte de divers éléments tels que l'éducation (formation académique et professionnelle), les expériences professionnelles, les rencontres, les habitudes et les choix professionnels d'un individu (Sherly, 2018). L'identité professionnelle est aussi vue comme une « ressource d'énergie » qui permet à une personne de s'identifier à sa mission professionnelle, à la légitimité de son rôle en tant qu'acteur social et permet aussi de se faire percevoir comme un agent professionnel par les autres (Granja, 2018, p.22).

Selon Fray et Picouveau, l'identité professionnelle renvoie aux trois éléments principaux suivants. L'interaction entre la situation réelle de travail et la signification donnée par l'individu

est le premier élément à considérer lors de la formulation de l'identité professionnelle (2010). Le deuxième élément est constitué par les relations au travail d'un point de vue subjectif du professionnel en lien avec son sentiment d'appartenance, ainsi que ses relations interpersonnelles de travail (Fray et Picouveau, 2010 ; Lagadec-Gaulin, 2019). Le troisième et dernier élément faisant partie de la construction professionnelle d'une personne, ce sont les trajectoires et les perceptions de l'avenir professionnel de la personne (Fray et Picouveau, 2010 ; Gentili, 2005). Plus spécifiquement, il s'agit de l'expérience des différentes étapes, changements et évolutions en lien avec l'activité professionnelle (Gentili, 2005 ; Jurisch Praz, 2016). Par exemple, les formations académiques, les formations professionnelles, les valeurs d'une certaine pratique, etc.

Le professionnel intègre donc, petit à petit, les valeurs, les savoirs et les pratiques de son groupe professionnel d'appartenance. Cela dit, il joue quand même un rôle actif dans cette construction de l'identité professionnelle, car une fois intégrées, il les réorganise et les réinterprète pour s'assurer qu'elles s'alignent aussi avec ses valeurs personnelles (Granja, 2018). C'est dans cette partie de l'identité globale que l'individu met en avant ses valeurs professionnelles en lien avec son milieu de travail (Sansfaçon et collab., 2014). Dans ce cas-ci, les travailleuses et travailleurs sociaux font la promotion des valeurs du travail social tel que le respect de la dignité, la justice sociale, le respect des droits des personnes, de leur autonomie, et leur auto-détermination.

L'identité professionnelle est aussi la manière dont les travailleuses et travailleurs sociaux s'identifient à leurs collègues, leurs gestionnaires et aux groupes de professionnels. Elle exprime et reflète le besoin de se situer par rapport aux autres. Une tension entre l'individu et ses collègues/son milieu de travail pourrait donc directement affecter négativement son identité professionnelle.

2.3 Relation entre les concepts

La relation principale entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle résulte du fait qu'en interagissant ensemble, elles créent l'identité globale de l'individu. De ce fait, la construction des formes identitaires (personnelle et professionnelle) est le résultat d'une interaction entre l'expression psychologique de l'individu (influences internes) et des structures sociales et politiques (influences externes) (Dubar, 2010). En d'autres mots, l'identité globale est la conséquence d'une interaction dynamique entre l'identité professionnelle et celle personnelle. Par exemple, si une identité est affectée négativement, l'autre le sera aussi car elles font toutes les deux parties de l'identité globale de l'individu (voir la figure 2). Il devient alors important que les valeurs et croyances liés à l'identité professionnelle et celles liées à l'identité personnelle concordent. Dans le cas contraire, certains changements par rapport à l'emploi de la personne seront nécessaires pour retrouver un équilibre (Dubar, 2010 ; Jurisch Praz, 2016).

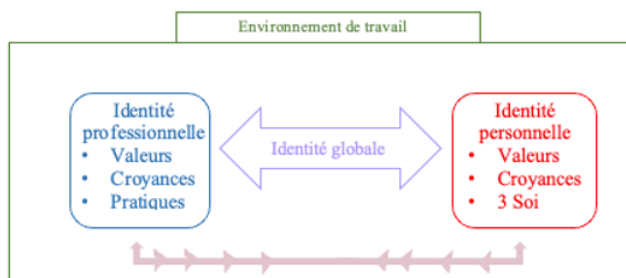
De plus, et comme nous pouvons l'observer dans la figure 2 (ci-dessous), l'environnement de travail d'une personne affecte non seulement son identité professionnelle, mais aussi son identité personnelle car l'interaction entre les deux compose son identité globale (Sansfaçon et collab., 2014 ; Jurisch Praz, 2016). De ce fait, l'identité professionnelle est composée des valeurs de l'individu, ses croyances, ainsi que les pratiques professionnelles privilégiées par ce dernier.

De son côté, l'identité personnelle d'un individu est plutôt associée à ses valeurs, croyances et les trois versions du « Soi », telles qu'expliquées précédemment. Avoir une tension entre ces deux identités met en avant le concept de *transaction identitaire* (Crête, 2019). Selon ce dernier concept, l'individu est appelé à faire des transactions externes (changer ces pratiques d'interventions ou ne pas utiliser une certaine approche) pour réconcilier son identité pour soi et son identité pour autrui, et doit faire des transactions internes (s'assurer que ses valeurs sont respectées) pour réconcilier

différents aspects de son identité pour soi (Crête, 2019 ; Perrenoud et Sainsaulieu, 2018). Par exemple, une valeur organisationnelle ou d'une certaine pratique d'intervention qui va à l'encontre d'une valeur personnelle pourrait donc venir affecter l'identité professionnelle d'un individu.

Figure 2

Interaction entre l'identité professionnelle et l'identité personnelle



Ce cadre théorique est directement relié à notre objectif de recherche car il permettra entre autres, de comprendre en profondeur 1) si le professionnel utilise les approches TCC en milieu clinique et comment ? et 2) si le professionnel ne l'utilise pas en milieu clinique, pourquoi ? Et est ce qu'il est question de conflit entre les valeurs de l'identité personnelle et de l'identité professionnelle?

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Dans le présent chapitre nous allons mettre en avant la manière dont la présente recherche sera effectuée. Les sujets principaux qui seront abordés dans ce chapitre permettront de décrire le profil des participants (3.5), et les critères d'inclusion (3.5), les modalités liées à l'éthique de la recherche (3.6) ainsi que la description des séquences de collecte des données. Cela inclut, la principale stratégie de recrutement (3.7), le déroulement du recrutement (3.8), et le déroulement des entrevues (3.9).

3.1 Les objectifs de l'étude

La réalisation des objectifs présentés dans l'introduction permettra, entre autres, de répondre à la question de recherche suivante : « *Comment les approches inspirées par la théorie cognitivo-comportementale sont-elles mobilisées en santé mentale par les travailleurs.euses sociaux en Ontario ?* ». Explorer la manière dont des travailleurs sociaux font le choix d'une approche thérapeutique en santé mentale plutôt qu'une autre, cible indirectement des récits de pratique professionnelle.

Les objectifs de notre recherche sont complexes et mobilisent une compréhension des parcours de formation académique et professionnelle, ciblent une compréhension de l'expérience des travailleurs sociaux dans la priorisation et le choix de certaines approches d'intervention, ici en l'occurrence les TCC, et la manière dont ces choix peuvent amener à des ajustements dans leurs identités professionnelles.

L'ensemble de ces considérations, et des objectifs liés à la recherche, et la nature même de la question de recherche, ciblent des expériences propres aux travailleurs sociaux œuvrant dans les milieux de la santé mentale. L'approche méthodologique qui s'impose est une approche

qualitative, et elle se caractérise par une démarche exploratoire car c'est un sujet qui se situe au croisement de plusieurs problématiques de recherche : santé mentale, approches de la TCC, travail social, identité professionnelle.

Nous adopterons également une démarche inductive dans le sens où les résultats de la recherche vont émerger d'une collecte de données empiriques par suite d'un terrain de recherche.

La revue de la littérature effectuée dans le chapitre précédent démontre que profil des travailleurs sociaux qui pourraient contribuer à cette recherche est un profil assez particulier et inclut principalement des profils de professionnels qui œuvrent dans des milieux institutionnels, spécialisés en la santé mentale et qui adoptent les TCC (voir le Tableau 1).

Tableau 1

Résumé du devis méthodologique

Type de recherche	Population à l'étude	Méthode de collecte de données
Recherche qualitative, inductive, exploratoire	Les travailleurs sociaux qui font partie de l'Ordre des travailleurs sociaux de l'Ontario et qui travaillent en milieu clinique, qui connaissent ou pratiquent les TCC.	Entrevues individuelles semi-dirigées

3.2 Orientation épistémologique

Notre approche de recherche est une approche exploratoire. La recherche exploratoire permet, entre autres, de produire des connaissances sur des sujets peu connus (Baribeau, 2006). Elle permet aussi de faire la sélection de sources de données qui seront capables de combler le manque d'informations (Baribeau, 2006).

Nous avons fait le choix de poursuivre ce travail avec une démarche exploratoire puisqu'il y a plusieurs lacunes dans la littérature disponible sur notre sujet de recherche. Le manque de

ressources et d'informations sur le sujet fait en sorte qu'il existe plusieurs lacunes dans la pratique du travail social en intervention dans le champ de la santé mentale et également dans la manière de gérer les ressources institutionnelles en santé mentale.

Nous notons les mêmes lacunes dans la littérature concernant les expériences et le vécu des travailleurs sociaux en santé mentale.

Notre orientation vers une démarche de recherche exploratoire permettra d'engager ce sujet peu exploré et de contribuer à combler plusieurs de ces manques.

Dans les étapes préliminaires de ce présent travail, nous avons voulu utiliser la recherche documentaire comme méthode d'enquête. Cependant, en considérant la littérature existante et les lacunes qui y existent, nous avons opté pour une recherche empirique fondée sur des entretiens semi-dirigés. Suivre certaines propositions quant au rôle qui pourrait être pris par les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales dans le domaine de la santé mentale a permis de guider plusieurs de nos choix méthodologiques et conceptuels, et de souligner l'importance de la dimension expérientielle comme une source de connaissance dans ce domaine de la recherche. Cette recherche exploratoire est aussi conçue pour être une recherche axée sur une dimension pratique et concrète qui permettra de formuler des recommandations que l'on veut utiles à l'amélioration des pratiques et des services dans la discipline.

3.3 Posture de chercheur

Le domaine de la recherche en sciences sociales est continuellement en évolution. La posture du chercheur est définie par rapport « [...] à son objet de recherche » (Brasseur, 2012, p.1). Plus spécifiquement, c'est la position que le chercheur occupe par rapport à son terrain, à la pratique et aux institutions examinées dans la recherche.

Dans le cadre de cette étude, la chercheuse principale tient à se positionner comme étant une étudiante en service social et initialement diplômée en psychologie, et qui a travaillé dans différentes institutions dans le champ de la santé mentale. Elle a, notamment, observé, elle-même, les lacunes en intervention en santé mentale dans la pratique du travail social et c'est à partir de ces observations qu'elle a décidé de faire son mémoire sur ce sujet. Elle a, entre-autres, observé très rapidement la hiérarchie de professions qui existe dans le champ de la santé mentale. Dans plusieurs équipes de santé mentale, l'opinion des travailleurs sociaux n'est pas autant valorisée que les autres professionnels, tels que les psychologues et les psychiatres, ce qui fait en sorte que très souvent les travailleurs sociaux sont laissés à eux-mêmes. Plusieurs institutions leur consacrent un très petit budget de formation, ce qui rend très difficile de se spécialiser dans certains types d'interventions, telles que les interventions qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

À la suite de ces observations sur le terrain, la chercheuse principale se propose donc de mettre en lumière les méthodes d'interventions possibles, qui pourraient être utilisées par les travailleurs sociaux en santé mentale pour pouvoir améliorer l'offre de services dans ce champ.

3. 4 Le type de données ciblées : des entrevues qualitatives semi-structurées

L'expérience provenant directement des participants, soit des travailleurs sociaux qui œuvrent en milieu clinique est nécessaire pour répondre à la question de recherche. Les chiffres et les statistiques provenant d'une recherche quantitative ne permettraient pas d'obtenir l'information pertinente dans le cadre de ce projet. Pour ces raisons, l'approche qualitative nous paraît pertinente. Effectivement, la recherche qualitative est utilisée quand « [...] les données sont difficiles à mesurer et donc plus subjectives » (Aubin-Auger et collab., 2008, p.142). Les instruments utilisés

dans la recherche qualitative ont pour but de recueillir des données qualitatives telles que des témoignages, récits, séances de travail et des descriptions provenant des entretiens (Krief et Zardet, 2013).

La méthode d'enquête qui sera mise en avant dans le cadre du présent mémoire est l'entretien individuel. Cette méthode a pour but de comprendre, par l'entremise des échanges et de dialogues entre le « [...] chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites [et] de les comprendre en profondeur » (Baribeau et Royer, 2012, p. 26).

Plus spécifiquement, l'entretien semi-structuré est privilégié pour encourager une certaine liberté d'expression à la personne questionnée (Baribeau et Royer, 2012). La forme qui sera privilégiée pour l'entretien individuel est celle semi-dirigée, et ce pour permettre d'obtenir une information de bonne qualité tout en restant alignés vers le but poursuivi (Imbert, 2010). Ce niveau de directivité requiert quelques points de repère (qui traitent des grands thèmes) qui sont préparés à l'avance pour permettre de rester alignés avec les buts de l'étude (voir Annexe A).

Les trois thèmes principaux identifiés sont : 1) l'intervention psychosociale utilisée en milieu clinique, 2) les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, et 3) les obstacles en intervention en milieu clinique.

Plus spécifiquement, l'entretien individuel semi-dirigé sera d'une durée d'environ 60 minutes et sera fait avec (2) à (4) participant.e.s. La fréquence de l'entrevue est d'une fois par participante. La langue de l'entrevue ainsi que tous les documents d'appui seront en français et ciblerons donc des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales francophones ou bilingues. Dans un autre ordre d'idée, et à cause de la situation de pandémie Covid-19 actuelle, le format pourra varier entre des entrevues virtuelles (sur Zoom ou Teams) ou en présentiel quand la

règlementation sanitaire locale le permet et dans le respect des normes sanitaires en vigueur. Le choix sera fait à la discrétion des participants et dans le but de les accommoder. Dans les deux cas, l'entrevue sera enregistrée (avec l'accord de la participante ou du participant) pour faciliter la transcription de l'entrevue et par la suite l'analyse de données.

Il est aussi important de noter qu'avant chaque entrevue individuelle semi-dirigée, chaque participante signera un formulaire de consentement qui reprendra les lignes directrices des trois conseils, ainsi que le modèle proposé par le bureau de l'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (voir Annexe E). La signature de ce formulaire permettra d'attester que le participant ou la participante accepte de contribuer à notre projet de recherche et d'effectuer un entretien individuel d'une durée approximative de 60 minutes. Le formulaire en question sera envoyé à chaque participante avant l'entrevue. Une signature électronique, un consentement verbal ou une copie numérisée du document seront acceptés comme preuve du consentement. Le contexte de la recherche, les critères de sélection des participants, l'explication de l'utilisation des données ainsi qu'une confirmation de l'anonymat seront clairement énoncés dans le formulaire de consentement.

3.5 La population à l'étude

La recherche que nous avons réalisée est une recherche exploratoire réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche, la faisabilité et le respect du calendrier universitaire ont joué un rôle important dans la détermination de la durée de la phase de collecte des données. Pour cela le nombre de prévu de participants à cette recherche est relativement limité; nous avons ciblé un nombre allant de deux (2) à quatre (4) participants.

Les critères d'inclusion se concentrent sur les qualités professionnelles et la spécialisation des participants, et ce même si leurs qualités personnelles sont importantes pour la recherche. Ces critères incluent les éléments suivants :

- 1) être membre de l'ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario ;
- 2) travailler présentement en santé mentale dans un contexte clinique (ex : clinique communautaire, clinique privée, hôpital) ou avoir travaillé dans un contexte clinique durant les cinq (5) dernières années »;
- 3) être familier.ère avec les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales ou au moins connaître l'approche et avoir des choses à dire à son sujet et ;
- 4) être capable de comprendre et parler en français.

Dans notre mode de recrutement et pour respecter l'aspect aléatoire de la participation, nous avons suivi le principe du « premier arrivé premier servi ». Ce principe permet de recruter des participants de manière aléatoire de personnes dont le profil reflète possiblement ceux du groupe ciblé, mais cela garanti de maintenir un consentement libre et sans pression de la part des potentiels participants.

Plusieurs éléments additionnels justifient la taille de l'échantillon choisi pour cette étude. Effectivement, et selon la littérature, un petit nombre de participants dans une étude qualitative permet aussi de promouvoir un côté humain à la recherche (Crouch, et McKenzie, 2006). Un échantillon de petite taille facilitera l'association et le lien de confiance entre le chercheur et les participants, ce qui renforcera la validité d'une entrevue approfondie (Crouch, et McKenzie, 2006). Dans cette recherche nous ciblons les identités professionnelles des participants et leurs modes d'appropriation des approches qui découlent des théories cogitivo-comportementales. Il est évident qu'il ne s'agit pas là de données de nature à générer des savoirs généralisables ou universels, mais à même de promouvoir des moyens de mieux comprendre les expériences

d'intervention clinique de certains travailleurs sociaux et de formuler des recommandations concrètes afin d'améliorer la pratique des TCC par ces derniers.

La faisabilité reste un des grands arguments pour expliquer ce petit échantillon et ce dans la mesure où le temps alloué à la réalisation du présent mémoire de recherche (le dépôt final du mémoire est attendu pour la fin août 2022) ainsi que l'ampleur du travail de collecte et d'analyse des données, recommande de concevoir une recherche faisable dans le calendrier imparti, de sorte qu'un échantillon de grande taille ne serait pas réaliste.

3.6 Dispositions éthiques

Le présent projet a été soumis au comité d'éthique de l'université d'Ottawa et a été approuvé en mars 2022 (voir Annexe B).

Les procédures de recrutements des participants, ainsi que l'administration des données ont été respectées en vertu des normes des trois conseils. Nous avons obtenu un consentement libre, éclairé et continu de la part de chaque participant. Les participants ont été informés du but principal de la recherche, de ses objectifs, des avantages et les inconvénients qui découlent de la participation, ainsi que de la durée et du déroulement de chaque entretien. Nous avons également présenté la manière dont les données issues des entrevues seront utilisées dans le cadre d'un mémoire de recherche dans le cadre d'un programme de maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa. Dans la mesure où la plupart des participants ont été interviewés en ligne, nous avons obtenu un consentement verbal.

En raison des risques d'identification indirecte, nous avons informé chaque participant des risques directes et indirectes associés à la participation à notre recherche et nous avons fait tout notre possible pour éviter ces risques à nos participants. Nous avons attiré l'attention de nos

participants sur le type d'information qui pourrait les identifier de manière indirecte, tel que le lieu de travail au sein d'un organisme reconnu, une spécialisation particulière, etc.

Dans la mesure du possible nous avons essayé d'éviter ce type de questions et quand ces informations sont évoquées par nos participants nous les avons exclues du matériel d'analyse, ainsi que la présentation des résultats afin de préserver leur anonymat. Nous avons eu recours à des codes pour garder l'anonymat de chaque participant. Un prénom fictif a été associé à chaque participant.

Les données collectées sous forme d'enregistrements vidéo, enregistrement audio, transcriptions ainsi que tout autres matériels corrélatifs ont été conservés dans un milieu sécuritaire. Par souci de renforcer le lien de collaboration nous avons proposé à chaque participant de leur donner l'accès aux résultats de ce projet s'ils le souhaitaient.

Dans l'ensemble, les informations recueillies ne sont pas de nature à porter atteinte aux participants car elles décrivent des aspects professionnels dont les connaissances sont relativement partagées (formation universitaire et professionnelle, pratique, apprentissages). Les perspectives personnelles partagées par nos participants sont de nature à apporter des suggestions positives, à même de renforcer le rôle des travailleurs sociaux. Il ne s'agit donc pas de critiques qui pourraient avoir des répercussions négatives sur les participants.

3.7 La stratégie de recrutement des participantes et des participants

La chercheuse principale a effectué les différentes étapes de la phase de collecte des données seule et sous la supervision de la directrice du mémoire. Le recrutement a ciblé plusieurs milieux de pratique en santé mentale dans la ville d'Ottawa, mais il a été plus efficace dans le

milieu de stage pratique dans le cadre d'une maîtrise en service social, et dans lequel la chercheure principale a été socialisée au courant de la session d'hiver 2022.

Plus concrètement, les participants ont été recrutés essentiellement à travers une stratégie de recrutement en ligne et dans un milieu de pratique qui se spécialise dans la santé mentale et qui est connu pour approcher les TCC dans ses interventions. Une lettre d'invitation à la participation couplée avec l'affiche de recrutement du projet (voir Annexe C et Annexe D), ont été acheminées vers des cliniques organismes publics et privés qui utilisent des approches d'intervention qui découlent des théories cognitivo-comportementales par des travailleurs sociaux en commençant par la clinique dans laquelle la chercheure principale effectuait son stage.

Un effet boule de neige a permis d'élargir le recrutement et d'atteindre le nombre d'entrevues ciblées. L'utilisation de l'effet boule de neige a été fait dans le respect des règles de confidentialité et a consisté à demander aux premiers participants de diffuser le matériel de recrutement (la lettre de présentation du projet en plus de l'affiche de recrutement) auprès de professionnels de leur connaissance qui correspondraient aux critères d'inclusion. Cela sans compromettre l'identité et l'anonymat de ces personnes et la confidentialité de leur participation.

3.8 Déroulement du recrutement

À la suite de l'approbation du projet de recherche et du lancement du processus de recrutement de participants pour cette recherche, nous avons réussi à joindre trois (3) participantes. Ces dernières nous ont directement contactées pour exprimer leur intérêt à participer à l'étude. Nous avons pu recruter trois (3) participants durant le mois d'avril 2022 et nous avons arrêté le processus de recrutement quand nous avons atteint ce nombre car il rejoint la cible de participants que nous avons initialement déterminé.

Un premier contact via courriel a été fait avec chaque participante dans le but de planifier un rendez-vous. Pour faciliter la tâche, divers plages horaires ont été suggérées à chaque participante dans l'objectif d'accommoder les horaires de travail respectifs. Dans ce premier contact, nous avons inclus l'invitation formelle à notre recherche (voir Annexe C). Une fois que les participantes avaient choisi une plage horaire qui leur convenait, nous avons créé un lien zoom et nous avons envoyé une invitation virtuelle via un courriel sécuritaire, associé à un identifiant et un mot de passe pour la rencontre.

Au début de la rencontre, nous avons présenté le but principal de la recherche et nous avons par évoqué les thèmes qui seront abordés lors de l'entretien. Nous avons aussi parcouru le formulaire de consentement pour nous assurer que chaque élément avait bien été compris par la participante.

Nous avons effectué des entretiens semi-dirigé avec les participantes ayant accepté de contribuer à la recherche. Durant ces entretiens nous avons abordé des thèmes spécifiques et prédéfinis, accompagné par des questions ouvertes pour favoriser un partage élaboré de la part des participants.

Les entretiens semi-dirigés qui ont été conduits avec les participantes ont beaucoup apporté à cette étude. Premièrement, ce type d'entretien favorise le maintien de l'ordre dans les idées tout en permettant de mettre en lumière l'expérience et le point de vue de ces intervenantes.

Pour nous, il était important d'aller directement à la source pour obtenir l'information car chaque participante est experte de son propre vécu, et surtout chacune pouvait témoigner à partir de nombreuses années d'expérience dans le champ de la santé mentale.

3.9 Déroutement des entrevues

Les trois (3) entrevues que nous avons réalisées, ont eu lieu au courant du mois d'avril, 2022. La durée des entrevues a varié de 30 à 40 minutes dépendant du niveau d'entregent du participant. Nous avons constaté que la durée initiale allouée aux entrevues et qui était de 60 minutes, n'était pas réaliste, à la fois en raison de la nature des questions posées durant l'entrevue, et aussi en raison des engagements professionnels des participants. Le temps nécessaire au bon déroulement de l'entrevue a donc été respecté, sans pour autant correspondre au temps prévu. Aucune pause n'a été demandé par les participants.

Le type d'entrevue choisie est l'entrevue semi-structuré. Les questions posées sont là pour diriger l'échange vers les thématiques centrales de la recherche sans pour autant contraindre les réponses des participants. Selon le profil des participants et leurs orientations professionnelles les questions peuvent varier dans leur formulation et le moment de l'entrevue où elles seront posées, mais dans leur substance elles concerneront les thématiques identifiées dans le guide d'entrevue. Plus spécifiquement, le contenu des entrevues tourne autour de questions structurantes sur les interventions psychosociales utilisées en milieu clinique, les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, et sur les obstacles en intervention en milieu clinique.

Une grille d'entrevue qui indique le type des questions qui seront posées a été préparée d'avance et on a informé nos participantes qu'on pourrait la partager avec elles si désiré (voir Annexe A).

Suite à la phase de collecte des données, nous avons commencé la phase de traitement des données et nous avons pu effectuer les retranscriptions de chaque entrevue durant le mois de mai 2022.

Le déroulement global des entrevues était satisfaisant. Cependant, quelques points faibles doivent être mentionnés. Notamment, le niveau de faisabilité concernant le nombre de participants. Dans la phase préliminaire à la collecte des données, nous avons pensé recruter 5-7 participants afin d' avoir une plus grande représentativité des données recueillies et une plus grande diversité dans les profils des participants. Malheureusement, le programme de la maîtrise en service social n'offre pas beaucoup de temps pour la réalisation du projet.

3.10 Analyse des données empiriques

En premier lieu, nous allons transcrire les enregistrements de chaque entretien individuel. Pour assurer la confidentialité des participantes, nous avons donné des noms fictifs à chaque participante et nous nous sommes assuré qu'aucune information dans le nom fictif et dans le contenu des entrevues retranscrites, ne pourrait permettre de les identifier, même indirectement.

Une fois les verbatim terminés, nous avons fait une première lecture du matériel afin d'avoir un aperçu préliminaire. Par la suite, les données ont fait l'objet d'une analyse en deux temps.

Dans une première phase nous avons effectué une analyse descriptive afin de mettre de l'ordre dans les idées. Ce type d'analyse permet d'examiner les informations pour pouvoir identifier les liens/tendances dans les entrevues, tout en les présentant tels quels et sans encore y apporter des interprétations (Almedom et al., 1997). Nous avons ensuite classé les informations provenant en établissant une liste organisée de thèmes et questions (voir Annexe A).

Dans une deuxième phase, nous avons effectué une analyse interprétative, ayant pour but général d'interroger et de creuser le matériel à partir du cadre théorique pour en dégager le sens. Nous avons donc dans cette phase effectué une analyse interprétative des données (Deslauriers,

1987). Après avoir réuni les données qualitatives pour en dégager le sens, nous l'avons interprété (Andreani et Conchon, 2014) par rapport au cadre théorique initial. Le cadre théorique que nous avons mobilisé est celui relié à l'identité professionnelle et mobilise également les concepts de d'identité personnelle et d'identité globale et leur interaction.

Pour guider l'analyse interprétative, les questions suivantes nous ont été utiles : « quelle est la signification des résultats? Pourquoi les résultats sont-ils ce qu'ils sont? Comment peut-on expliquer les résultats? Toutes les questions de type pourquoi ont elles trouvé une réponse? » (Almedom et al., 1997, ph.7). Ce type d'analyse nous a permis, entre autres, d'aller au-delà des données pour en dégager un sens (Andreani et Conchon, 2014) plus large qui questionne des pistes de renouvelles pour la pratique du travail social.

3.11 La diffusion des résultats

Une copie numérisée du présent mémoire sera disponible sur le site internet officiel de l'Université d'Ottawa. Une copie numérisée sera aussi envoyée aux participants qui l'ont demandé lors de l'entrevue semi-dirigée. Selon l'opportunité nous travaillerons à la diffusion des résultats de cette recherche dans le cadre de conférences académique réunissant des praticiens et des chercheurs en travail social et dans des publications savantes.

Chapitre 4 : Description des données collectées

Dans le présent chapitre nous allons présenter les résultats de recherche qui ont été dégagés de l'analyse des entrevues semi-dirigées. Cette présentation engagera une description générale des données, suivie par une description verticale de chaque entrevue séparément.

Cette description apportera un aperçu des profils spécifiques des participantes, et des grands thèmes identifiés dans les entrevues collectées. La description générale et verticale des données permettra de brosser un portrait détaillé et complet des résultats en préparation à l'analyse qui sera effectuée dans le chapitre 5.

4.1 Descriptions générale des données

Trois (3) personnes ont été interviewées par le biais d'un entretien semi-dirigé lors de la période de collecte de données. Les trois participantes étaient des femmes francophones et travailleuses sociales inscrites à l'ordre professionnel de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario.

Toutes les participantes ont œuvré en santé mentale et dans un contexte clinique (ex : clinique communautaire, clinique privée, hôpital) durant les cinq (5) dernières années. Elles sont toutes familières avec les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales ou du moins connaissaient suffisamment l'approche pour avoir des choses à dire à son sujet.

Nous présentons un portrait détaillé des caractéristiques de chaque intervenante ayant participé à notre étude dans le tableau récapitulatif, ci-dessous:

Tableau 2*Caractéristiques principales des participantes*

Participante	Années d'expérience	Lieu de travail	Occupation	Familière avec les TCC	Langue parlée	Pseudonyme
#1	10 ans +	Clinique communautaire	Travailleuse sociale psychothérapeute	Oui	Français	Alice
#2	10 ans +	Hôpital	Travailleuse sociale psychothérapeute	Oui	Français	Hanna
#3	10 ans +	Autre	Chercheure	Oui	Français	Maude

Comme notre échantillon est de petite taille et dans le but de préserver l'anonymat des participantes, nous n'allons pas spécifier leur lieu de travail. Pour notre étude, il est important de prendre en considération que chaque participante a une expérience professionnelle dans le champ de la santé mentale au cours des cinq (5) dernières années dans un rôle de travailleuse sociale ou de psychothérapeute.

Nous avons aussi mis en avant le nombre moyen d'années d'expérience de chaque participante, afin de préserver leur anonymat car la communauté d'intervenants en service sociale et en santé mentale à Ottawa est relativement petite.

Chaque participante est membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario. Notons également que chacune possède au moins une maîtrise en service sociale, ainsi qu'un baccalauréat dans disciplines connexes.

4.2 Description verticale

La description verticale qui suit a pour but principal de décrire individuellement la trajectoire personnelle et professionnelle de chaque participante à cette étude. Il est important de noter que les noms associés à chaque participante sont fictifs afin de maintenir leur anonymat.

4.2.1 Alice

Alice cumule plusieurs années d'expérience dans le champ de la santé mentale. En effet, son intérêt pour le sujet commence dès son baccalauréat en psychologie. Elle a poursuivi ses études en faisant une maîtrise en service sociale, ainsi qu'un diplôme d'études supérieures spécialisés en santé mentale. Elle mentionne que l'université où elle a fait sa maîtrise favorise une perspective systémique et structurelle. Elle est présentement une clinicienne en santé mentale et travaille dans une clinique communautaire dans la région d'Ottawa. Elle intervient auprès des adultes qui vivent avec une ou plusieurs problématiques de santé mentale telles que l'anxiété et la dépression.

En ce qui concerne sa formation professionnelle, Alice en a suivi plusieurs afin de se spécialiser dans divers types d'interventions telles que l'approche santé et solution, l'approche technique d'impact, l'approche narrative, l'approche comportementale dialectique (DBT), l'approche d'exposition, l'approche d'acceptation et d'engagement (ACT), l'approche cognitivo-comportementale (TCC), etc. Cela dit, Alice spécifie que malgré la panoplie d'approches qu'elle connaît et maîtrise, elle se range plutôt du côté de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui fait partie de la troisième vague des approches découlant des théories cognitivo-comportementales.

Au sujet de sa formation professionnelle, Alice explique que sa motivation première derrière le choix des différentes approches était, au début, justifié par un intérêt professionnel. Par la suite, sa motivation s'est transformée en intérêt personnel.

Une autre raison qui a encouragé la participante à suivre autant de formations en intervention en santé mentale est le fait que selon elle, le programme de maîtrise de son université ne l'a pas bien préparée pour pouvoir être une intervenante sur le terrain.

Bien quand j'ai fini ma maîtrise, j'ai réalisé, j'ai beaucoup à apprendre en termes de relation d'aide, santé mentale. Alors, je trouvais que comparativement à d'autres personnes mettons, comme du programme de maîtrise en sciences sociales [nomme une autre université], j'avais beaucoup de rattrapage à faire. Alors je trouvais qu'il fallait que je mette les bouchées doubles comparativement aux autres.

Notons que l'approche principale choisie par la répondante c'est l'ACT. Cependant, Alice mentionne que son choix d'intervention psychosociale en milieu clinique peut varier dépendamment de la problématique à traiter, ainsi que la clientèle et ses besoins. La répondante donne l'exemple de femmes victimes de violence. Dans ces cas, elle spécifie qu'elle utiliserait plutôt des approches féministes comme celles de la reprise de pouvoir.

Ok, mais j'en ai dit un peu de mon évolution, mais l'approche parapluie, c'est vraiment la thérapie d'acceptation et d'engagement, mais ça ne marche pas avec tout. Mettons avec l'insomnie c'est une thérapie cognitivo comportementale pour insomnie. Je me suis formée en thérapie ACT pour insomnie, mais je trouvais que ce n'était pas aussi pertinent, je n'avais pas les mêmes résultats. Mais ces temps-ci, j'ai beaucoup de femmes victimes de violence, je me suis formée en différentes approches féministes. Alors ça aussi, ça sort, c'est selon les besoins du client.

Le choix des outils cliniques utilisés repose aussi sur ce qui est imposé par son milieu de travail. Par exemple, Alice doit utiliser des approches qui sont empiriquement validées. Cela dit, la participante affirme ne pas ressentir de pression par rapport à cette demande de son milieu de travail car cela concorde avec ses valeurs personnelles.

Le prochain thème qui émerge dans l'entrevue avec Alice, consiste dans l'exploration des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales. Alice explique brièvement la manière dont elle utilise ces approches dans ses interventions quotidiennes.

Comme tu sais souvent on commence avec le point de choix, pour faire l'évaluation, alors savoir ce qui limite la personne à agir comme le genre de personne qu'il veut être. Alors les pensées, les sensations, les émotions, puis ça se traduit à quoi? Et quel genre d'évitement qu'ils font ou surcompensation? Et puis le reste du travail ça va être d'essayer de transmettre des outils pour apprendre à se distancier de ces sensations, émotions, et pensées difficiles. Apprendre à les accepter aussi, les normaliser. Et puis tout en travaillant sur un engagement plus profond dans sa vie. Alors des objectifs, des valeurs que la personne veut incarner au quotidien dans les différentes sphères de sa vie. On avait parlé de la cible. T'sais la cible, alors qu'elle domine le travail, le social, et compagnie, alors essayer d'actualiser la personne dans ces quatre domaines là. Malgré les difficultés qu'ils ont vécues. T'sais souvent on avait vu que les gens tendent à se sentir mieux pour agir mieux. Mais ici on veut que les personnes agissent mieux pour se sentir mieux.

Le dernier thème abordé dans l'entrevue a permis de discuter des obstacles en milieu clinique selon la perspective de la répondante. À ce propos, Alice met en lumière les différentes problématiques communes, telles que le peu de budget alloué à la formation dans plusieurs milieux de travail en santé mentale, les listes d'attentes très longues qui empêchent les patients d'obtenir un service en temps opportun, les prix élevés sollicités par les professionnels en pratique privée, la mauvaise compréhension du rôle du travailleur social en milieu clinique par les autres professionnelles de la santé mais aussi bien que par la population générale, la hiérarchie des professions dans les équipes de santé et le déséquilibre entre les ressources fournies aux soins de santé physique comparativement à celles disponibles pour les soins en santé mentale. Elle utilise pour cela une formulation très parlante : « Le fait que la santé mentale est considérée comme un cousin pauvre de la santé. Pas au même titre que la santé physique, ça, c'est définitivement un obstacle ».

Le profil d'Alice a quelques similitudes mais aussi beaucoup de différences avec celui de Hanna que nous allons examiner dans la partie suivante (4.2.2).

4.2.2. Hanna

Hanna est une travailleuse sociale très expérimentée. Elle commence sa formation universitaire effectuée en dehors du Canada en obtenant un diplôme en service social qui est l'équivalence d'un baccalauréat canadien. Elle a poursuivi ses études en faisant une maîtrise en service social à son arrivée au Canada. Elle souligne que son université favorise une perspective structurelle dans l'offre de ses divers cours. Par exemple, elle mentionne avoir pris connaissance de différentes approches structurelles telles que les approches anti-oppressives par exemple.

Par rapport à sa formation professionnelle, Hanna mentionne avoir commencé en milieu communautaire où elle a travaillé avec des femmes victimes de violence. Elle a poursuivi son cheminement professionnel en rejoignant une équipe de santé mentale. À sa surprise, les gestionnaires de l'équipe de santé mentale ont fait la demande qu'Hanna effectue majoritairement de la psychothérapie en intervention individuelle, ainsi que la psychothérapie de groupe. Hanna a animé divers groupes d'intervention en santé mentale. Pour sa formation en lien avec la psychothérapie, Hanna souligne que c'est le milieu hospitalier qui l'a dirigée vers des formations spécifiques, et elle s'est inscrite elle-même à certaines formations qu'elle jugeait nécessaires pour sa pratique.

Par rapport à son choix de type d'intervention principale, Hanna explique favoriser la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) tout en incluant une perspective structurelle. Elle nous donne l'exemple d'une mère monoparentale qui exprime se sentir principalement déprimée car elle ne reçoit pas assez d'argent par mois pour s'occuper de ses enfants, pour se trouver un logement adéquat, et pour s'acheter de la nourriture saine, etc.

Donc au lieu de sombrer dans [la dépression], qu'est-ce que je peux faire? Est-ce qu'il y a des groupes d'entraide? Est-ce qu'il y a des groupes de pression sociale? Est-ce que je peux faire du militantisme par rapport à ça? Je sais que oui, ça peut être très, très idéal ce que je dis, et c'est comme ça que ça commence. C'est-à-dire dans notre travail en tant que

travailleur social, on a besoin d'aider les gens à normaliser que oui, c'est normal, oui, c'est vrai, c'était injuste... [...] Et qu'est-ce qu'on peut faire avec ça? Quel message ça nous donne? Comment on peut utiliser ça de façon que ça répondrait à nos... C'est-à-dire ça résonnerait avec nos valeurs? Ça résonnerait avec nos valeurs personnelles et tout. Donc je crois que c'est comme ça que moi que je vois en tout cas, l'ACT dans mon travail, dans le travail social. Ça rejoint tout ce que je fais, revendication de droits, un peu de conscientisation par rapport à des problématiques sociales [...].

Hanna a aussi exploré dans l'entrevue les obstacles dans l'intervention en santé mentale.

Cette répondante soulève le fait qu'une des grandes problématiques est l'épuisement professionnel vécu par divers intervenants et intervenantes en santé mentale, par rapport à leur idéal professionnel, les valeurs du milieu de travail, les valeurs des autres professionnels dans une équipe multidisciplinaire, etc.

Hanna mentionne aussi que la vision de son organisme de travail interfère parfois avec ses interventions et crée une certaine tension entre ses propres valeurs professionnelles en tant qu'intervenante et les exigences de ce milieu. La nouvelle gestion publique encourage le court terme et est très encouragé par ses gestionnaires. La plupart des interventions doivent être commencées et être terminées à l'intérieur d'une période de 6 sessions :

Même si on met les patients dans des refuges, des *shelters*, ce n'est pas grave! Même s'ils vont revenir, la porte tournante, ils vont revenir la semaine d'après aux urgences, ce n'est pas grave. Il faut qu'on vide les lits. Donc moi je dirais que c'est la grosse problématique c'est ça, donc ce sont les organismes qui s'attendent à ce qu'on fait vite. Tout passe vite, tout se passe vite, les soins c'est vite fait, puis le patient il faut qu'il se sente à l'aise, qu'il se sente bien dans sa peau dans deux semaines maximums, à l'externe.

Par rapport à ces problématiques, la répondante souligne que la situation pourrait être résolue en deux parties. Premièrement, elle mentionne qu'il faut avoir des outils et des techniques à utiliser en intervention individuelle avec les patients qui vivent avec un problème de santé mentale, pour que ceux-ci puissent faire face à leurs troubles psychologiques personnels.

La deuxième partie de la solution est aussi de changer le système, changer les conditions de vie, les conditions sociales et les conditions économiques. En d'autres mots, Hanna suggère une solution individuelle et structurelle (collective) pour pouvoir mettre en place une solution complète et globale. Elle aimerait aussi que les familles des patients soient plus incluses dans les interventions.

4.2.3 Maude

Maude est la troisième et dernière participante à cette étude. Elle a un parcours universitaire un peu différent des deux autres répondantes car le travail social était une deuxième carrière pour elle. Elle a fait notamment, un baccalauréat avec une majeure en psychologie. Par la suite, elle a fait une maîtrise en gérontologie, ainsi qu'un diplôme d'étude supérieure en évaluation de programme. Elle a par la suite fait une maîtrise en service sociale dans une université qui prônait une vision structurelle.

Par rapport à sa formation professionnelle, Maude explique avoir commencé en intervention de crise. Elle est aussi beaucoup intervenue auprès des aînées, puisque c'est une population qui lui tient le plus à cœur. Elle mentionne avoir délaissé l'intervention récemment pour se concentrer sur la recherche. Sa méthode d'intervention privilégiée est l'approche narrative car même avant ses études, cette approche l'intéressait beaucoup :

Donc au fond, c'est ça, j'étais toujours intéressée par ça. Déjà avant mes études, dans mes histoires de vie, par le parcours de vie d'une personne et puis le développement de cette personne dans le parcours. Le développement ou non, dans ce parcours de vie et donc en fait, ça m'a amenée à faire pas mal de formation continue en approche narrative, en histoire de vie.

L'approche narrative qu'utilisait Maude était brève et consistait en une heure et demie de session avec un client. Le but principal de cette intervention était d'expliquer son histoire et éventuellement faire ressortir son problème pour ensuite trouver une solution en suivant un

protocole prédéterminé. Elle était aussi intéressée par l'approche spirituelle et l'utilisait, car cela rejoignait un questionnement personnel concernant le développement de l'être humain. À partir de ce constat, Maude a élaboré sur le sujet en donnant l'exemple des aînés auprès de qui elle est beaucoup intervenue plus particulièrement en ce qui a trait à l'accompagnement des personnes en fin de vie :

Donc en fait, il faudrait que je ressorte mon CV mais je me suis intéressée beaucoup aussi à l'approche spirituelle en fait. Parce qu'encore une fois, ça rejoint la question du développement d'un être humain dans sa vie. Et puis c'est quelque chose qui me tenait à cœur, notamment par rapport aux aînés aussi. Quand on arrive à la fin de sa vie, quand on est âgé et tout ça, comment on se prépare à la fin de vie.

La répondante a continué en mentionnant plusieurs autres types d'interventions telles que l'approche socioconstructiviste et une autre approche dérivée de la zoothérapie :

Ok, bien moi, en fait je me suis intéressée au socioconstructivisme, donc à l'approche et le discours socioconstructivistes, à partir de mes études en travail social. Donc en fait, la construction sociale d'un discours, d'une représentation, etc.

Maude considère avoir une approche éclectique car elle aime prendre certaines composantes de plusieurs types interventions pour les combiner en une seule approche :

Je suis plus éclectique que protocolaire. Donc en fait, je préfère plus des approches qu'on dit éclectiques, plus ouvertes. Comme par exemple, l'art thérapie aussi m'intéresse beaucoup plus.

Par rapport à la démarche qui découle des théories cognitivo-comportementales, Maude indique ne pas adhérer aux approches qui résultent de la première et de la deuxième vague de la TCC, car ils sont trop issus de protocoles à suivre pour elle et par rapport à ses valeurs professionnelles. Cela dit, Maude souligne que les approches qui proviennent des théories cognitivo-comportementales « [...] fonctionnent très bien ». Elle ajoute aussi trouver que l'usage des métaphores par l'entremise de la thérapie ACT (de la troisième vague de la TCC) est très intéressant en intervention sociale.

Maude aborde la question des défis en intervention en santé mentale en soulignant l'aspect du manque de temps par rapport aux nombreuses tâches rattachées à l'activité professionnelle des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale :

[et] puis c'est, je pense, des difficultés que tous les intervenants en santé mentale ont c'est le temps. Le temps qu'on leur alloue, mais le temps aussi on doit faire nos notes cliniques, donc en fait, il y a pas mal d'épuisement qui se trouve autour de l'allocation du temps.

Maude identifie le manque de préparation à la maîtrise pour pouvoir intervenir dans le champ de la santé mentale, dans les mêmes termes évoqués par les deux autres participantes. Voilà ce qu'elle en dit :

Non on n'était pas du tout, du tout, du tout préparé à ça. On était préparé à changer la structure de la société, ce qui est en fait le problème effectivement à la racine hein! Si on peut changer la structure de la société, les gens peut-être iront mieux! Mais malheureusement, c'est un gros mandat qu'on attend à l'université des jeunes qui se forment en travail social. C'est un mandat qui est impossible à relever tout seul. Je pense que même c'était un petit peu... Comment dire? Idéaliste et un peu facile de mettre ça sur le dos des jeunes universitaires. On ne peut pas le faire. Et puis de toute façon, quand on sort des études, on n'est pas... la demande n'est pas là. La demande est vraiment en santé mentale.

Parallèlement, elle ajoute que, selon elle, un ajustement du curriculum universitaire est nécessaire comme solution à ce manque de préparation. À cet effet, elle suggère spécifiquement de créer un comité avec des étudiants, des intervenants de l'extérieur en santé mentale, avec des professeurs, puis de se rassembler pour discuter et aller chercher quels sont les besoins du terrain dans les milieux cliniques.

Pour conclure la présente analyse verticale, notons que les trois (3) répondantes ont expliqué accorder beaucoup d'importance à leurs valeurs personnelles et professionnelles quand il était temps de choisir une méthode d'intervention. Plus particulièrement, les répondantes ont mis en avant plusieurs facteurs menant au choix du type d'approche d'intervention qui sont le plus souvent liées à leurs valeurs personnelles, à savoir : le besoin de se sentir à l'aise avec la problématique, le besoin de transposer ses valeurs personnelles dans une intervention, le besoin de travailler avec une approche plus humaine, la concordance entre les valeurs personnelles et professionnelles, le respect de l'autonomie du patient, le respect du choix du type d'intervention

fait par le patient, le respect du rythme du patient, et soutenir l'autonomie du patient ainsi que s'adapter aux besoins du client.

Elles ont conclu en arguant que les exigences du milieu du travail, leurs intérêts personnels, ainsi que les valeurs professionnelles sont autant des facteurs clés à considérer quand vient le temps de choisir un type d'intervention.

Chapitre 5 : L'analyse des données empiriques

Dans ce chapitre nous allons présenter l'analyse transversale des données décrites dans le précédent chapitre. Ce type d'analyse vise à comprendre un objet en le décortiquant, ce qui permet de dégager les rôles de ses composantes et de faire ressortir les propriétés communes (Deslauriers, 1987).

Nous avons donc commencé l'analyse en faisant une première lecture du contenu de chaque entrevue pour mettre en discussion les données. De cette analyse nous avons ressorti trois (3) thématiques principales qui seront abordées dans les prochaines sections : 1) une appréciation les formations universitaires reçues par les travailleurs sociaux, 2) les différents aspects de la pratique des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, ainsi que 3) la réalité des travailleurs sociaux œuvrant dans des instituts de santé mentale.

Chacun de ces trois (3) thèmes sera analysé dans le présent chapitre.

5.1 La formation universitaire

Dans cette section de l'analyse, nous allons mettre en avant le type de formation universitaire reçue par les répondantes. Nous allons aussi souligner et explorer certaines lacunes soulevées par les participantes au sujet de leur formation universitaire et les mettre en lien avec la problématique de recherche.

Les trois (3) répondantes ont en commun d'avoir fréquenté des milieux universitaires qui adoptaient une approche structurelle et systémique du travail social au niveau du programme de maîtrise en service sociale. À ce propos, Hanna donne des exemples d'approches structurelles souvent utilisées dans les cours tels que l'approche anti-raciste et anti-oppressive et dans les problématiques en liens avec les peuples autochtones :

D'autres profs je dirais que c'est plutôt structurel, c'est des anciens profs à l'Université [nom de l'université], donc c'est une culture structurelle, c'est plutôt antiraciste, anti oppressive. J'avoue que j'ai beaucoup aimé ça, ces profs-là à [nom de l'université], ils nous ont initiés à plusieurs approches qui étaient super intéressantes en tout cas. Par rapport aux autochtones

Les programmes de la maîtrise évoqués par nos répondantes est souvent axé sur les analyses structurelles des inégalités sociales, avec une orientation de plus en plus axée sur les rapports minorité/majorité, incluant la question de la minorité linguistique.

5.1.1 Les lacunes dans la formation universitaire

Un des thèmes principaux qui est ressorti des entretiens semi-dirigés, concerne les insuffisances des programmes de la maîtrise en service social sur le plan pratique et théorique et en matière de santé mentale. Par exemple, et même si l'université qu'elle a fréquentée offre un volet « santé » aux étudiants, Maude affirme que « [...] ce n'est pas clair que ça englobe la santé mentale ». Effectivement, les cours mettent l'accent plutôt sur la santé physique. Selon certaines de nos répondantes, cette absence pourrait aussi jouer un rôle dans la stigmatisation de la santé mentale, car la santé physique est traitée et vue comme étant un sujet d'étude dominant et prééminent sur la santé mentale.

De plus, Maude explique que dans le cadre de ses études de maîtrise, elle a eu accès à seulement un ou deux cours d'intervention pratique en santé mentale. Notons que même dans les cours accessibles, le contenu n'est pas assez complet et diversifié pour que les étudiants maîtrisent suffisamment de concepts pour être compétents sur le terrain dans le champ de la santé mentale:

[...] il y avait peut-être un ou deux cours qui me restent, [...] au niveau de l'intervention. Il y a des choses qui me restent en tête. Mais dans un ou deux cours, c'est peut-être un ou deux concepts. Ce n'est pas le cours en entier. Donc oui... D'ailleurs c'étaient des cours d'intervention en fait auprès des familles ou un truc comme ça là... (Maude, 2022).

Les lacunes dans la formation universitaire représentent un défi pour toutes les participantes de cette étude, surtout au début de leur carrière. À plusieurs reprises, les 3 participantes ont mentionné que le manque de formation pratique a fait en sorte qu'elles n'étaient pas assez outillées pour bien servir la population dans le champ de santé mentale comparativement à d'autres professionnels dans leur entourage:

Bien quand j'ai fini ma maîtrise, j'ai réalisé, j'ai beaucoup à apprendre en termes de relation d'aide, santé mentale. Alors je trouvais que comparativement à d'autres personnes mettons, comme du programme de maîtrise en sciences sociales à [le nom d'une autre université de la région], j'avais beaucoup de rattrapage à faire. Alors je trouvais qu'il fallait que je mette les bouchées doubles comparativement aux autres (Alice, 2022).

En raison de ses insuffisances, les travailleurs sociaux, encore nouveaux sur le terrain, doivent compenser à différents niveaux, car le champ de la santé mentale est très spécialisé. Ce champ requiert de maîtriser une panoplie d'outils cliniques pour pouvoir répondre efficacement à cette spécificité dans l'intervention. La maîtrise de ces outils est aussi indispensable pour répondre à la diversité des problématiques et de la population en santé mentale. Par exemple, une approche qui fonctionne pour un adulte vivant avec la schizophrénie ne fonctionnera pas automatiquement pour un enfant vivant avec la dépression. Bref, les travailleuses et les travailleurs sociaux fraîchement diplômés doivent payer pour obtenir des formations d'appoints et donner de leur temps personnel pour suivre ces formations, malgré le fait qu'ils et elles aient déjà plusieurs années d'étude à leur actif. Cette situation est désignée par Alice sous le terme « rattrapage » :

Mais on a quand même beaucoup de rattrapage à faire par rapport à ça, parce qu'il y a trop de pression sur les travailleuses sociales de se former à leurs coûts, après avoir déjà fait 6 ans d'université, avoir des dettes scolaires, puis là en plus il faut se former à notre propre compte. C'est cher! C'est onéreux, c'est... On parle d'années de formation pour pratiquer, faire de la santé mentale puis être reconnue pour porter le titre de psychothérapeute (Alice, 2022).

Par ailleurs, cette même répondante s'est formée à plus de 10 approches d'intervention après la fin de sa maîtrise en service social pour pouvoir répondre aux exigences de la pratique en milieu professionnel.

Avant d'arriver sur le terrain de la pratique, les lacunes dans les formations universitaires font en sorte que les nouveaux intervenants et intervenantes ne sont pas nécessairement conscients des différents rôles qu'ils et elles doivent ou peuvent jouer dans le champ de la santé mentale. Ceci a été la réalité de Hanna quand elle a commencé à travailler en milieu hospitalier :

Contrairement à mes attentes, en tout cas, pour moi c'est du travail social que j'allais faire [...] Les demandes de la gestion, c'était plutôt de faire de la psychothérapie, *one on one*, mais aussi groupe, animer des groupes et tout. Donc je me suis trouvé dans le bain, donc je n'ai jamais pensé à ce que je ferais de la psychothérapie un jour-là.

Les entrevues menées avec nos répondantes soulignent l'importance de se former et de se spécialiser dans une approche pour les travailleurs sociaux en milieux clinique dont les TCC qui sont très présentes dans la pratique de nos répondantes. Nous vous présentons dans la section qui suit les faits saillants sur les approches découlant des théories cognitivo-comportementales.

5.2 Approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales

Dans cette section nous allons décrire et analyser l'état des connaissances sur les théories cognitivo-comportementales de nos répondantes dans cette étude . Nous allons aussi faire ressortir les avantages rattachés à l'appropriation des TCC et à sa pratique pour les intervenantes en santé mentale que nous avons rencontrées.

5.2.1 Connaissances et mobilisation des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales

Toutes les participantes à l'étude ont des connaissances sur les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales puisqu'elles les ont toutes pratiquées à un moment donné dans leur carrière en santé mentale. Notons qu'elles ont mentionné plusieurs éléments appartenant aux trois vagues de TCC. Entre autres, Alice, l'une des participantes qui favorise la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans sa pratique. Cette thérapie fait partie de la troisième vague TCC. Voici comment Alice explique le but de cette intervention :

Souvent t'sais on avait [dans les dossiers] une essence diagnostic social. Puis souvent le diagnostic c'était « [...] évitement expérientiel entraîné par une fusion cognitive accrue ». Alors le but, c'est de défaire ça. C'est que la personne s'implique davantage dans sa vie, puis se fait moins arrêter par des barrières à l'intérieur de soi-même puis à l'extérieur de soi-même. Alors le but c'est d'augmenter la vitalité et l'engagement dans sa vie pour soi-même et pour la société aussi au sens large (Alice, 2022).

Alice nous décrit la séquence de l'intervention de manière détaillée. Au début de l'intervention, une évaluation est faite par le travailleur social pour mettre en place un plan. Par la suite et d'une session à l'autre, les patients commencent petit à petit à atteindre leurs objectifs :

Avec le point de choix, pour faire l'évaluation, alors savoir ce qui limite la personne à agir comme le genre de personne qu'il veut être. Alors les pensées, les sensations, les émotions, puis ça se traduit à quoi? Et quel genre d'évitement qu'ils font ou surcompensation? Et puis le reste du travail ça va être d'essayer de transmettre des outils pour apprendre à se distancier de ces sensations, émotions, et pensées difficiles. Apprendre à les accepter aussi, les normaliser. Et puis tout en travaillant sur un engagement plus profond dans sa vie. Alors des objectifs, des valeurs que la personne veut incarner au quotidien dans les différentes sphères de sa vie. On avait parlé de la cible. T'sais la cible, alors qu'elle domine le travail, le social, et compagnie, alors essayer d'actualiser la personne dans ces quatre domaines là. Malgré les difficultés qu'ils ont vécues. T'sais souvent on avait vu que les gens tendent à se sentir mieux pour agir mieux. Mais ici on veut que les personnes agissent mieux pour se sentir mieux (Alice, 2022).

Une deuxième participante, Maude, mentionne aussi pratiquer la pleine conscience qui est une technique utilisée dans la thérapie ACT : « [...] le *mindfulness* est une approche maintenant

qui est utilisée un petit peu partout qui est quelque chose que je pratique depuis une trentaine d'années ».

Hanna aussi partage cette appréciation et ses connaissances sur la thérapie ACT. Elle aime le fait que cette thérapie fait en sorte qu'« [...] il n'y a pas de pouvoir entre [elle] et la personne ». De son point de vue, Hanna mentionne que l'utilisation de cette thérapie permet d'atteindre une concordance entre ses valeurs personnelles, professionnelles ainsi que celles de la profession du service social. Parmi ces valeurs, Hanna souligne « [...] la justice sociale, le respect de l'autonomie, de l'autodétermination et le rythme de la personne ». Ce point est très important à considérer, car pour toutes les répondantes, le respect de leurs valeurs personnelles est l'élément le plus décisif quand vient le temps faire le choix d'un type d'intervention.

5.2.2 L'appropriation des TCC dans la pratique

Toutes les répondantes ont soulevé des avantages liés à l'utilisation des approches TCC dans la pratique. Une des travailleuses sociales mentionne qu'elle apprécie le fait que les approches TCC peuvent être utilisées avec succès en incluant d'autres perspectives.

Dans ce cas-ci, Hanna explique pouvoir inclure une perspective structurelle à ses interventions TCC pour mettre en place une solution plus globale « [...] donc les pensées retentissent sur le comportement, influencent le comportement et tout. Mais parfois ce n'est pas juste dans les pensées! Quelquefois, c'est dans la réalité de la personne. Puisque je suis travailleuse sociale, ça vient beaucoup me chercher ».

Ce dernier extrait démontre, à nouveau, que les valeurs personnelles de l'intervenante jouent un rôle central dans son intervention et les choix qui l'entourent. Notons aussi que les trois

participantes expriment leur considération à l'effet que les outils et techniques TCC ajoutent des outils cliniques à la pratique du travail social :

Alice :

Mais ce sont vraiment des outils de travail idéaux dans le sens que c'est facilement communicable et accessible aux clients. T'sais à comprendre. Ça fait beaucoup de sens. Le fait que c'est véhiculé pour certaines personnes qui suivent ça dans la communauté, il y en a qui commencent déjà ... la courbe d'apprentissage est moins élevée.

Hanna :

Je dirais que oui, que ça ajoute à la pratique, ça ajoute des outils à la pratique. Parce que comme l'exemple que tu as donné de la diffusion cognitive, si je suis... si je fusionne avec la pensée, par exemple, si je fusionne avec la pensée, bien tu sais il n'y a rien à faire, la société n'est très pas égalitaire, mais la société n'est pas juste avec moi et tout... Ça ne m'aiderait pas tant que ça. C'est-à-dire, oui, c'est valable tout ce que je dis, et qu'est-ce que je peux faire par ça, qu'est-ce que ça me donne toutes ces pensées-là, qu'est-ce que ça dit de moi? Qu'est-ce qui est important pour moi justement. Oui, la justice sociale. Ok, *let's do something about it, like*, qu'est-ce que je peux faire?

Maude :

Je suis convaincue, je pense qu'il y a des intervenants qui sont très confortables avec ces approches-là. Puis ce sont certainement des très bonnes interventions. Parce que si on est confortable avec l'outil qu'on utilise forcément qu'on va se spécialiser, qu'on va devenir expert. Donc forcément que si on est confortable et qu'on a le souhait de travailler avec ces outils, bien je n'ai aucun doute que ce soit efficace.

Nous voulons souligner ici l'importance de l'avantage expliqué dans l'extrait 3 où Maude met en avant le fait que l'utilisation des TCC permet de se spécialiser dans son champ d'intervention. Notamment, la spécificité rattachée au champ de la santé mentale et en contexte d'intervention suppose que des outils cliniques spécifiques sont nécessaires pour pouvoir offrir des services adéquats.

D'autres éléments ont été rapportés par les participantes quand nous avons discuté des avantages des TCC. De ces échanges on comprend que cette approche permet de valider et de normaliser le vécu d'une patiente ; elle permet l'utilisation de protocoles validés et basés sur des preuves. Elle peut également être pratiquée auprès de différentes populations telles que les adultes

et les jeunes. Elle peut être appliquée dans le cadre de diverses psychopathologies telles que la dépression et l'anxiété.

Les répondantes rapportent également qu'il est possible d'observer concrètement, d'une session à l'autre, la progression de l'état psychologique de la personne aidée et que les buts de ce type d'interventions sont clairs et atteignables.

Ce n'est, toutefois, pas la totalité des répondantes qui adoptent ce type d'approche dans leur pratique actuelle. Notamment, Maude ne privilégie pas les approches TCC dans sa pratique, car elle trouve ces approches trop normatives. Malgré sa réserve, elle mentionne quand même que les TCC sont avantageuses, car « [...] les protocoles sont intéressants, parce qu'ils ont été validés, donc on sait qu'il y a un effet » (Maude, 2022).

Enfin, l'analyse de la pratique et des interventions du travail social en santé mentale ne seraient pas complètes sans comprendre le contexte professionnel des travailleurs sociaux dans les institutions de santé et en milieux cliniques. Nous présenterons dans ce qui suit les différentes perspectives des répondantes à ce sujet.

5.3 La spécificité de la pratique en milieu institutionnel et de santé

Nous présentons ici la perspective des répondantes par rapport à leur expérience dans le champ de la santé mentale. Nous allons présenter plusieurs éléments dont le fait que plusieurs travailleuses et travailleurs sociaux agissent dans un environnement qui, pour différentes raisons, n'est pas toujours adapté à la spécificité de la pratique sociale. Cela peut être dû aux attentes liées à la performance dans les milieux hospitaliers et aux défis rencontrés par les travailleuses et les travailleurs sociaux œuvrant dans ces milieux.

5.3.1 Les attentes des milieux hospitaliers

Dans le cadre de cette étude, toutes les participantes ont travaillé ou travaillaient au moment de l'entrevue dans un milieu hospitalier. Nous avons cru nécessaire d'aborder les diverses attentes qu'exigent ces milieux par rapport à elles.

Le concept de la Nouvelle Gestion Public (NGP) a émergé dans les entrevues et a été discuté à plusieurs reprises durant les entretiens. Plus spécifiquement, une des participantes, Hanna, explique ressentir une certaine tension avec ce mouvement de réformes administratives publiques :

L'institution aussi, donc ils sont dans le court terme, court terme, court terme, je passe six rencontres et c'est fini, la personne doit être rétablie, bravo! Vas-y! Tu peux faire ta vie! Mais je trouve que ce sont des illusions! Ce sont des illusions malheureusement que les institutions nous font... auxquelles ils nous font penser en tout cas, auxquelles ils nous font adhérer. C'est cette tension un peu à l'intérieur de moi des fois que... Ah! je sais que... et je ne peux pas! Donc ces tensions-là qui nous tiraillent de plus en plus avec la nouvelle gestion publique.

Le concept de performance quantitative vient appuyer ce constat. Effectivement, l'intervenante considère que dans ces milieux, la performance est principalement évaluée en termes de nombre et non par rapport à la qualité du service offert. Ceci fait en sorte que les travailleurs sociaux doivent accélérer leurs interventions pour pouvoir s'assurer qu'ils rencontrent les exigences du nombre de cas pris en charge et complétés par mois. Voilà comment Hanna le présente :

L'interne c'est une autre affaire. Mais aussi c'est vider les lits, vider les lits allez-y! Même si on met les patients dans des refuges, des *shelters*, ce n'est pas grave! Même s'ils vont revenir, la porte tournante, ils vont revenir la semaine d'après aux urgences, ce n'est pas grave. Il faut qu'on vide les lits. Donc moi je dirais que c'est la grosse problématique c'est ça, donc ce sont les organismes qui s'attendent à ce qu'on fait vite. Tout passe vite, tout se passe vite, les soins c'est vite fait, puis le patient il faut qu'il se sente à l'aise, qu'il se sente bien dans sa peau dans deux semaines maximums, à l'externe. À l'interne puis à l'externe, six sessions, puis that's it, il faut qu'il soit bien. Sinon c'est dans sa tête.

Cette exigence de la performance quantitative vient aussi alimenter une surcharge de travail. Cette surcharge de travail réduit, par la suite, la possibilité de suivre des formations car la majorité du temps professionnel des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales est consacré à rencontrer des nouveaux patients mais aussi à effectuer des tâches administratives : « [...] c'est le temps. Le temps qu'on leur alloue, mais le temps aussi on doit faire nos notes cliniques... » (Maude, 2022).

De plus, selon Hanna, les milieux hospitaliers et cliniques exigent souvent que les travailleuses et les travailleurs sociaux soient en mesure de faire de la psychothérapie individuelle et d'animer des groupes de psychothérapie. Dans ce sens, Hanna explique avoir eu une conversation avec son gestionnaire durant laquelle il lui aurait demandé d'ajouter la psychothérapie à sa pratique. Le gestionnaire a indiqué à Hanna qu'elle pourrait simplement retourner les patients en communauté pour recevoir des services en travail social. Ce même constat peut être vu comme étant surprenant pour plusieurs travailleurs sociaux et travailleuses sociales quand on considère que cette réalité n'est pas discutée dans les cours au niveau de la maîtrise ou tout autre niveau d'étude universitaire. En effet, tel que présenté au début de ce chapitre, les formations universitaires mettent plutôt l'accent sur des interventions structurelles et non individuelles ou cliniques.

5.3.2 Les défis rencontrés par les travailleurs sociaux œuvrant en milieu clinique

Comme dans toutes professions, le milieu de travail peut être un contexte où les employées sont confrontées à des défis. Entre autres, le fait que le rôle des travailleuses et des travailleurs sociaux ne soit pas bien connu et compris en milieu clinique par les autres membres des équipes multi et interdisciplinaires. Cette méconnaissance rend leurs tâches quotidiennes plus difficiles :

Un autre obstacle, c'est le fait que le public et même les professionnels avec qui je travaille, ils ne comprennent pas le rôle de la travailleuse sociale en santé mentale. Ça a été long à convaincre un bon nombre que je pouvais faire d'autres choses que des demandes de logement, puis des applications pour le transport. Ouais. Alors c'est le manque de connaissances puis je... T'sais je pense que nos écoles de sciences sociales pourraient faire un meilleur travail à véhiculer ce rôle qu'on peut jouer parce qu'il semblerait... J'ai vu une statistique la semaine passée, qu'on est le fournisseur de santé mentale le plus nombreux en Ontario, ce sont les travailleuses sociales. Mais le public ne connaît pas ça, l'équipe ne connaît pas ça (Alice, 2022).

Parallèlement aux équipes multidisciplinaires dans le champ de la santé mentale, la hiérarchie professionnelle est un autre grand défi qui a été souligné par les répondantes. Dans cette ligne de réflexion Alice pense que : « [...] la hiérarchie dans le domaine de la santé, ça c'est un obstacle, ouais. Et puis la hiérarchie dans les différents rôles en santé mentale. Psychiatre, psychologue, travailleuse sociale ».

Les autres membres de l'équipe connaissent moins le rôle des travailleurs sociaux car les frontières de leur pratique sont moins bien définies. Cela peut mener à ne pas mobiliser les travailleurs sociaux dans des domaines qui sont pourtant de leur ressort. La situation est décrite de la manière suivante par Hanna, « [...] puis les psychiatres, ils veulent plutôt référer à un psychothérapeute qu'un travailleur social. Pas besoin toujours de leur dire : « Ah! Je suis travailleuse sociale et j'ai le droit de pratiquer l'acte réservé de la psychothérapie ».

Nous pouvons donc voir un lien entre les frontières mal définies par rapport aux rôles, à la pratique et au mandat des travailleurs sociaux et le fait que les autres membres de l'équipe valorisent moins leurs compétences lors de l'élaboration d'un plan d'intervention.

Les autres défis rapportés par les répondantes en milieux institutionnels sont les tabous qui existent encore autour de la santé mentale et qui affectent l'offre de services, notamment pour les familles d'une personne vivant avec un problème de santé mentale :

Au travail personne ne nous parle des choses importantes dans la vie, qui sont non tangibles comme ça alors c'est dommage que les gens ne sont pas plus sensibilisés à comment mieux

s'occuper de nos pensées, de nos émotions, notre corps en lien avec notre santé mentale. Les gens il faut qu'ils aient plusieurs difficultés avant qu'ils l'apprennent. Mais t'sais le fait qu'il y a tellement de tabous liés à la santé mentale, ça nuit énormément à notre travail (Alice, 2022).

Enfin, le dernier écueil rapporté par nos répondantes c'est le risque élevé de subir un épuisement professionnel. Dans des contextes de NGP ce risque est très concret :

Tu n'as pas un agenda, oui, tu as des objectifs je sais qu'avec toute la nouvelle gestion publique, dans les hôpitaux, dans... Même maintenant malheureusement dans la communauté aussi. Donc il y a beaucoup d'attente à ce que tu atteignes des cibles, tu vois tel nombre de patients ... ou de clients par jour. Il faut que tu fasses telle chose... Sans prendre en considération en tout cas la nature de notre travail (Hanna,2022).

En somme, les propos obtenus lors de ces entretiens semi-dirigés recueillis mettent l'accent sur l'envergure des interventions en santé mentale et conséquemment, la nécessité pour l'intervenant ou l'intervenante en santé mentale en milieu clinique d'être formés adéquatement.

De plus, les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont non seulement utiles en intervention, mais elles aident aussi à concrétiser le rôle de la travailleuse et du travailleur social et sa pratique.

On observe également que la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale doit continuer à évoluer pour pouvoir bien servir les gens vivant avec un problème de santé mentale et leurs familles. Ce qui pourrait possiblement demander une meilleure connaissance de leurs compétences et de leurs rôles surtout dans des équipes pluridisciplinaires.

Chapitre 6 : Discussion des résultats de la recherche

Cette étude qualitative s'est intéressée à l'expérience vécue des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales opérant en tant qu'intervenantes cliniciennes dans le champ de la santé mentale. Les entretiens semi-dirigés recueillis ont permis de mettre en avant leur rôle, leurs approches d'intervention privilégiées auprès des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, les défis qu'elles ont rencontrés dans les institutions où elles travaillaient, etc. Nous avons aussi présenté les défis et les problématiques rattachés à l'offre de services en santé mentale.

Notre étude explore la façon dont les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementale sont mobilisées, ou non, par les travailleuses et les travailleurs sociaux dans le domaine de la santé mentale. Le cadre théorique adopté porte sur l'identité et permet de voir comment la construction des formes identitaires personnelles et professionnelles est le résultat d'une interaction entre l'expression psychologique de l'individu (les influences internes) et les structures sociales et politiques (influences externes) (Dubar, 2010; Jurisch Praz, 2016). Dans ce sens, cette étude a permis d'analyser le lien entre les valeurs personnelles et professionnelles et le choix du type d'intervention. Les constats que nous avons faits dans cette étude sera présenté dans ce chapitre.

En commençant, nous allons discuter des rôles des travailleuses et des travailleurs sociaux en milieu clinique. Par la suite, nous allons souligner l'importance que jouent les valeurs personnelles et professionnelles au moment de faire le choix du type d'intervention à prioriser. Nous terminerons ce chapitre en partageant des recommandations aux niveaux pratique, organisationnel, ainsi que politique.

6.1 Les rôles des travailleurs sociaux est mal compris en contexte d'équipes interdisciplinaires

Un des thèmes principaux qui est ressorti lors des entretiens est la question du rôle des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales dans la provision de services en santé mentale. Le premier constat est que ce rôle n'est pas toujours bien connu par la population générale, mais surtout qu'il n'est pas compris par les autres membres d'une équipe interdisciplinaire; notre constat confirmé par des recherches antérieures (Cloutier, 2018; Holosko et Donald, 2001; Santé et services sociaux Québec, s.d).

Ce manque de compréhension peut partiellement être expliqué par le peu de crédibilité rattachée à la profession du travail social (Cloutier, 2018). Effectivement, Holosko et Leslie, mettent en avant des facteurs qui contribuent à nourrir ce manque de crédibilité (2001). Par exemple, différents programmes des services sociaux ont fait l'objet de coupures budgétaires par le gouvernement provincial de l'Ontario au cours des dernières années (Holosko et Donald, 2001). Au niveau sociétal, cette réduction de services a eu un effet boule de neige qui a conduit à remettre en question la pertinence et l'importance des travailleuses et des travailleurs sociaux qui opèrent dans ces programmes (Cloutier, 2018 ; Holosko et Donald, 2001).

Ce questionnement et ce doute se sont transposés jusqu'à dans des équipes multidisciplinaires. Comme résultat, les travailleuses et les travailleurs sociaux sont peu considérés par les gestionnaires dans les milieux institutionnels et vivent, simultanément, une perte d'autonomie professionnelle auprès des équipes interdisciplinaire (Cloutier, 2018). La compréhension du rôle des travailleuses et des travailleurs sociaux par les autres membres d'une équipe est tributaire du degré d'ouverture des instances décisionnelles qui déterminent le type d'intervention choisi et qui sont, dans la majorité des cas constitués par Des médecins/psychiatres

qui font les références de services aux clients (Santé et services sociaux Québec, s.d). Par exemple, si un psychiatre n'est pas familier avec le fait qu'un travailleur social pratique de la psychothérapie et s'il assume que les interventions des travailleurs sociaux sont plus de nature structurelle, il aura tendance à s'en remettre à un psychologue en lui référant le patient en santé mentale (Bentley et collab., 2005). Cela a pour conséquence d'augmenter les listes d'attente pour la thérapie, et ainsi d'empêcher le travailleur social d'exercer et de mettre à profit ses compétences en intervention. Normaliser l'utilisation de pratiques standardisées comme les TCC par les travailleuses et les travailleurs sociaux permettrait de mieux inclure leurs compétences au sein de leur équipe.

6.2 L'importance du rôle des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale

Un autre constat souligné lors de cette recherche est l'importance du rôle des travailleuses et des travailleurs sociaux dans le secteur de la santé mentale (Boily et Bourque, 2011; Khoury et Chaput, 2021; Santé et services sociaux Québec, s.d). Dans une clinique familiale, par exemple, l'expertise de la travailleuse et du travailleur social est complémentaire à celle d'un médecin de famille lors d'une évaluation complète de la santé d'un patient (Santé et services sociaux Québec, s.d). Effectivement, le travailleur social pratique une évaluation du fonctionnement global et de l'environnement du patient afin de s'assurer de son bien-être psychologique et de son bon fonctionnement au quotidien (Boily et Bourque, 2011; Gouvernement du Québec, 2005).

De plus, le travailleur social apporte une vision holistique du rétablissement du client comparativement à la pratique médicale qui a une vision plutôt biomédicale quand on parle de santé mentale (Khoury et Chaput, 2021). Selon Aviram, et contrairement à d'autres professionnels dans le domaine de la santé, les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales ont un avantage

car plusieurs de leurs interventions visent à souligner les forces existantes d'une personne aidée afin de les mettre en valeur (2002).

Les données recueillies dans le cadre de ce projet, nous ont permis de comprendre que les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux ont la capacité d'inclure une perspective sociale même quand ils/elles utilisent des outils standardisés d'intervention clinique.

Dans le contexte de cette étude, nous avons également observé que les intervenantes qui prônent des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales pouvaient adopter simultanément une perspective sociale lors de l'analyse d'un problème donné. Mobiliser les approches qui découlent des TCC contribuerait à faire connaître davantage l'importance du rôle et de l'expertise des travailleuses et des travailleurs sociaux en santé mentale, car leur utilisation ajouterait un autre volet aux interventions en travail social qui sortent déjà de la norme.

6.3 La spécificité du rôle des travailleurs sociaux et les frontières de la pratique du travail social peu définies dans le champ de la santé mentale

Le prochain constat résultant de cette étude est le contraste entre la spécificité du rôle de la travailleuse et du travailleur social en santé mentale par rapport les frontières peu délimitées de la pratique du travail social en santé mentale (Morin et collab., 2018). La santé mentale est un domaine d'intervention très complexe (Canadian Mental Health Association, 2022; Gouvernement du Canada, 2006).

Il existe une panoplie de facteurs de prédiction, de causes et de symptômes en matière de problèmes de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2006). Il y a aussi divers profils d'utilisateurs qui nécessitent des traitements adaptés en santé mentale tels que des adultes, des hommes, des

femmes, des enfants, des familles, etc. (Canadian Mental Health Association, 2022). En d'autres mots, il y a beaucoup de facteurs à considérer au moment de la mise en place d'un plan d'action.

Il n'y a pas de solution universelle quand on parle d'intervention en santé mentale. Il est donc logique et primordial pour les travailleuses et les travailleurs sociaux d'opter pour des interventions avec des protocoles et cibles spécifiques afin que chaque facteurs soit pris en compte. Nous avons aussi identifié cette spécificité dans le cadre de notre recherche quand les répondantes rendaient compte de la complexité de leurs interventions ainsi que l'ensemble des facteurs qu'elles devaient considérer dans le choix de leur intervention et la provision de celle-ci.

Les frontières de la pratique du travail social en santé mentale ne sont pas bien définies (Morin et collab., 2018). Au cours des dernières années, il y a eu des changements au niveau organisationnel qui ont indirectement influencé la pratique du travail social en santé mentale en créant une confusion par rapport à ses frontières (Morin et collab., 2018; Robitaille et Boudreault, 2009). Par exemple, il y a eu un accroissement du nombre d'équipes interdisciplinaires en santé mentale dans le but d'améliorer l'offre de services dans les institutions de santé et de services sociaux (Robitaille et Boudreault, 2009). Comparativement au rôle des psychiatres ou des psychologues, celui de la travailleuse ou du travailleur social en santé mentale est moins bien défini et exclusif, ce qui peut être un obstacle à la valorisation du rôle des travailleurs sociaux au sein de ces équipes interdisciplinaires (Morin et collab., 2018).

Cette situation fait en sorte qu'il existe une certaine tension la spécificité des interventions en service social et les lacunes dans la formation des travailleuses et des travailleurs sociaux en santé mentale. En adoptant des méthodes d'interventions standardisées quotidiennement, telles que les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, participerait à définir la pratique du travail social en santé mentale, et à ouvrir la voie à son enseignement.

La plupart des travailleuses et des travailleurs sociaux vont être exposés à des cas de santé mentale au courant de leur carrière, et cela peu importe le milieu de travail puisque la santé mentale est présente dans tous les groupes socio-économiques et peut affecter n'importe qui : les hommes, les femmes, les jeunes et les personnes âgées (Canadian Mental Health Association, 2022). Il importe donc d'ajouter des outils cliniques découlant des théories cognitivo-comportementales dans le répertoire des connaissances et dans la formation des travailleuses et de travailleurs sociaux pour pouvoir offrir des services de qualité et qui répondent à la spécificité et à la complexité de la clientèle dans le champ de la santé mentale.

6.4 L'importance des valeurs personnelles et professionnelles des travailleurs sociaux dans leur pratique

Un autre thème avancé par les répondantes lors de cette étude est la place centrale qu'occupent les valeurs professionnelles et personnelles lors du choix du type d'intervention dans la pratique. Ce thème n'est pas surprenant lorsqu'on considère que la pratique du travail social est généralement définie comme étant « [...] une activité chargée de valeurs » (Bouquet, 2017, p.29).

Chaque répondante a affirmé que ses valeurs personnelles et professionnelles sont les facteurs les plus décisifs par rapport à leur choix d'intervention. Il est donc nécessaire d'explorer la concordance des valeurs personnelles communes des travailleuses et des travailleurs sociaux avec les principes de bases des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

Dans leurs interventions professionnelles, les travailleuses et les travailleurs sociaux considèrent plusieurs valeurs associées à leur pratique. Pour en donner des exemples, le respect de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne aidée sont des valeurs qui concordent avec

la pratique du travail social et aussi aux interventions ACT qui découlent de la troisième vague de la TCC (Ngô, 2014). Il est alors possible de mobiliser les approches qui émanent des théories cognitivo-comportementale tout en respectant les valeurs professionnelles et personnelles communes des travailleuses et des travailleurs sociaux. Cette harmonie entre les valeurs personnelles et professionnelles, que permet l'utilisation des TCC, est primordiale dans le contexte d'aujourd'hui. Effectivement, depuis le début de la pandémie, nous faisons face à une pénurie de services en santé mentale, ce qui fait en sorte que les listes d'attente s'allongent (Horwath, 2022). Les travailleuses et les travailleurs sociaux qui préconisent les approches découlant des théories cognitivo-comportementales peuvent approfondir leurs interventions en utilisant des protocoles et outils cliniques. Ainsi, et en étant habilités à intervenir directement auprès d'une clientèle en santé mentale, ils et elles participeront activement à la diminution des listes d'attente car il n'y a plus lieu de référer aux services d'autres professionnels tels que ceux d'un psychologue par exemple.

Dans la littérature, les méthodes d'intervention qui proviennent des théories cognitivo-comportementales ont été critiquées comme étant des approches individualisantes qui alimentent la psychologisation des interventions sociales (Bresson, 2012). Pour répondre à cette critique, il est juste de dire que l'emploi des approches TCC de manière isolée peut effectivement individualiser les interventions sociales traditionnelles adoptées par les travailleurs sociaux. Cependant, cette étude permet de comprendre que les démarches découlant des théories cognitivo-comportementales concordent avec les valeurs personnelles et professionnelles des intervenantes et que ces valeurs peuvent être transposées dans les interventions. En d'autres mots, l'importance qu'attribuent les intervenantes à leur valeurs personnelles permet de favoriser et d'enrichir le recours aux approches cognitivo-comportementales en les rendant plus globales.

L'utilisation des TCC favorise une perspective sociale et permet donc d'agir sur les pensées, les émotions, les comportements et l'environnement de la personne aidée. Bref, ce recours aux méthodes et aux outils de la TCC permet d'intervenir sur une variété de cibles qui sont rarement abordées de façon simultanée.

6.5 Les recommandations

Plusieurs problématiques ont été soulevées lors de cette étude. La présente section de ce chapitre nous permettra de faire des recommandations à divers niveaux (pratiques, organisationnelles et politiques) afin d'améliorer l'offre de services, ainsi que la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale. Plus spécifiquement, les recommandations seront de l'ordre de la pratique du travail social, organisationnel et politique en réponse aux diverses problématiques avancées dans les données empiriques, ainsi que celles mentionnées par les répondantes dans cette étude.

6.5.1 Les recommandations au niveau de la pratique

Les frontières de la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale doivent être mieux définies. Effectivement, et pour répondre à la spécificité des interventions en santé mentale, la pratique du travail social doit permettre aux intervenantes et aux intervenants d'analyser adéquatement une problématique en santé mentale. Cette pratique doit également ouvrir la porte à l'acquisition de connaissances en lien avec les interventions comportementales. Cela pourra ultimement contribuer à diminuer le recours aux références automatiques et ainsi mener à réduire conséquemment la liste d'attentes.

Nous recommandons donc que des approches validées empiriquement telles que celles dérivant des théories cognitivo-comportementales deviennent plus accessibles aux travailleuses et aux travailleurs sociaux qui veulent se spécialiser en santé mentale au cours de leur formation académique. Plusieurs pourraient penser que cette recommandation psychologise la pratique du travail social mais en réalité, ce type de pratique standardisée peut être adopté en parallèle avec d'autres méthodes plus communes au travail social telles que les approches structurelles, comme mentionné précédemment dans cette étude. Aussi, il est à peu près impossible d'œuvrer dans un milieu clinique sans faire des interventions qui sont au moins à un niveau individuel car la santé mentale d'une personne a évidemment une composante individuelle (Doré et Caron, 2017). Cette recommandation permettrait à la travailleuse et au travailleur social d'avoir une vision plus globale du problème et surtout, d'envisager une solution complète afin d'offrir des services adéquats. Elle permettrait aussi de renforcer l'identité professionnelle de l'intervenant.

Dans ce sens, dans l'étude de Larrivière, les intervenants qui font preuve d'assurance et qui maîtrisent des approches et des outils d'interventions spécifiques, diminuent le risque de se sentir « [...] menacé et stressé face aux difficultés normales rencontrées dans leur pratique » (2013, p.77) Cette réalité est importante à prendre en compte quand on considère que 1) comme démontré dans cette étude, les travailleuses et les travailleurs sociaux œuvrant dans le champs de la santé mentale vivent souvent un épuisement professionnel et 2) les problématiques de santé mentale auxquelles elles et ils sont exposés peuvent être extrêmement nuisibles à leur propre moral et équilibre mental.

6.5.2 Les recommandations au niveau organisationnel

Une des recommandations la plus fondamentale qui ressort de cette étude, est celle d'intégrer des outils cliniques dans la formation universitaire des travailleuses et des travailleurs sociaux. Des techniques d'intervention spécifiques à la santé mentale doivent être incorporées aux curriculums dans les programmes du baccalauréat et de maîtrise en service sociale. Les milieux universitaires auraient avantage à collaborer avec des travailleuses et des travailleurs sociaux experts dans le champ de la santé mentale pour que le contenu de la formation reflète les besoins concrets sur le terrain.

Encore par rapport à la formation, les organisations de travail pourraient également offrir des formations spécifiques en santé mentale aux travailleurs sociaux pour que les intervenantes et les intervenants soient bien équipés pour faire face à la complexité des interventions en santé mentale, et aussi pour permettent à ces derniers d'avoir le même niveau de compréhension par rapport aux techniques d'interventions. Il est aussi indispensable de noter que ces formations devraient être prises en charge par les milieux de travail.

Une autre recommandation au niveau organisationnel vise à recueillir des données probantes pour orienter l'élaboration ou l'évolution de la structure organisationnelle d'un milieu de travail, en mettant notamment l'accent sur le rôle des travailleuses et des travailleurs sociaux aux sein d'une équipe de santé mentale. Effectivement, les besoins de la pratique du travail social en santé mentale sont en constante évolution. Il est donc nécessaire de recueillir des données convaincantes pour permettre d'être connaissant de ces changements et d'y faire face. Une évaluation de ces données pourrait par la suite être faite annuellement par les gestionnaires d'équipe et ce, en incluant la perspective de leurs employés (travailleuses et travailleurs sociaux).

Quand de nouveaux besoins vont faire surface, les gestionnaires pourraient anticiper en offrant aux travailleuses et aux travailleurs sociaux de l'équipe de la formation sur ces sujets.

6.5.3 Les recommandations au niveau politique

Au niveau politique, des recommandations sont absolument nécessaires quand on considère la conception du système de soin de santé mentale en Ontario, dans lequel il y a place à l'amélioration. Effectivement, il faut bonifier l'offre des soins de santé mentale en facilitant l'accès, que ce soit en ligne ou en personne. Ceci pourrait se réaliser en renforçant les mécanismes qui favorisent une meilleure communication entre les différents services et les professionnels en santé mentale. Par exemple, le dossier d'un patient devrait être accessible (avec son consentement) pour les travailleuses et les travailleurs sociaux dans la communauté après qu'un patient ait reçu son congé de l'unité interne de santé mentale dans un milieu hospitalier. Il peut être extrêmement difficile pour une personne de parler de sa situation surtout en santé mentale et cette recommandation permettrait d'éviter que la personne ait à se répéter chaque fois qu'elle change de service.

Une autre recommandation politique touche la promotion d'une plus grande place aux travailleuses et les travailleurs sociaux en santé mentale dans l'élaboration des protocoles d'intervention et pratiques dans leur milieu car selon nos observations, ce sont elles et eux qui passent le plus de temps avec les personnes aidées par rapport aux autres professionnelles d'une équipe interdisciplinaire. Effectivement, la majorité de leur temps est consacré aux patients en raison de l'étendue de leurs rôles : l'évaluation psychologique et sociale d'un patient, la réponse aux questions des membres de la famille du patient, l'élaboration d'un plan de congé d'un patient,

l'offre de thérapies de groupe et individuelles, la défense des droits du patients, etc. (Aderphi University, 2020). Tous ces rôles rendent leur expertise indispensable.

En somme, chaque recommandation a pour but ultime d'encourager des actions pour améliorer la pratique du travail social, ainsi que l'offre de services en santé mentale. Comme mentionné dans le chapitre traitant de la problématique, la situation de la pandémie liée à la Covid-19 a multiplié les cas de santé mentale au Canada et partout dans le monde (Mantoura et collab., 2017). Les interventions en service social dans le domaine de la santé mentale doivent être à la hauteur de l'ensemble des difficultés complexes de ce secteur pour répondre aux demandes qui, malheureusement, continueront de croître au cours des prochaines années (John et collab., 2020).

Conclusion

En conclusion à ce travail nous allons résumer ces composantes majeures, Nous avons établi dans l'introduction une présentation les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales, leur évolution durant les trois vagues de développement qu'elles ont connu, ainsi que leur efficacité dans l'intervention sociale.

Dans le chapitre de problématique nous avons démontré qu'il existe encore plusieurs défis dans l'offre de services en santé mentale par les travailleuses et les travailleurs sociaux. C'est aussi par l'entremise de la problématique que nous avons souligné des enjeux importants dans la littérature actuelle sur ce sujet. Le manque de données sur la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale atteste de la pertinence scientifique de la présente recherche.

La pertinence sociale de l'étude a été justifiée par l'augmentation considérable des besoins en services de santé mentale reliés, entre autres, à la pandémie de la Covid-19.

Afin de pouvoir bien comprendre la réalité des travailleuses et des travailleurs sociaux qui œuvrent dans le champ de la santé mentale, nous avons privilégié une méthode d'enquête qualitative qui a permis de faire ressortir les perspectives des participants. La question de recherche que nous avons posée est la suivante : « *Comment les approches inspirées par la théorie cognitivo-comportementale sont-elles mobilisées en santé mentale par les travailleurs.euses sociaux ?* ».

Pour y répondre, nous avons identifié quatre (4) objectifs principaux. Le premier objectif était d'explorer la façon dont les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont mobilisées par les travailleuses et les travailleurs sociaux en milieu clinique. Le deuxième objectif, plus spécifique, cherchait à comprendre l'importance que les travailleuses et les travailleurs sociaux accordent à leur identité professionnelle en milieu clinique. Le troisième objectif visait à

saisir l'influence directe de l'identité professionnelle sur le choix d'intervention privilégiée en milieu clinique. Le quatrième et dernier objectif consistait à explorer et à comprendre le rôle que la formation académique et professionnelle peut avoir sur le choix du type d'intervention privilégiée par un intervenant dans le champ de la santé mentale.

Chaque objectif a été atteint grâce aux résultats dégagés des entretiens semi-dirigés qui ont été conduits auprès de trois participantes, toutes des travailleuses sociales qui œuvrent dans le champ de la santé mentale. Nous avons par la suite décrit ces entrevues et les avons analysées dans les chapitres 4 et 5.

Nos choix méthodologiques nous ont permis d'apporter une perspective expérientielle, en favorisant les perspectives directes de ces intervenantes dans le champ de la santé mentale.

Cette étude a été produite entièrement en français, ce qui est aussi une contribution au développement des savoirs en travail social et sur les questions de santé mentale en contexte linguistique minoritaire.

Nous avons amené une nouvelle perspective dans le champ de la santé mentale qui est parfois stigmatisée en travail social. Nous avons démontré qu'il est possible et pertinent d'utiliser des approches individuelles d'intervention tout en favorisant une perspective structurelle.

Notre recherche nous a aussi inspiré des recommandations qui touchaient principalement des changements au niveau de la pratique du travail sociale, de son organisation et des aspects politiques.

Cela dit, notre étude comporte certaines limitations. Nous avons fait le choix d'avoir un petit échantillon ce qui fait en sorte que nous ne pouvons pas généraliser nos résultats. Cependant, la précieuse collaboration des répondantes nous a permis d'obtenir des résultats qui nous

permettent de poser un regard critique sur la pratique du travail social et de formuler des recommandations précises.

Nous aurions définitivement apprécié produire notre étude sur une plus grande échelle. Une autre limite était celle du temps. Puisque la présente étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise, le temps à notre disposition était limité pour être à même d'élaborer davantage sur certains points, comme nous aurions souhaité le faire.

L'analyse des données et les résultats qui en ont été dégagés nous encouragent à proposer des pistes de recherches futures. Pour commencer, un examen plus poussé du curriculum de maîtrise en travail social dans les universités canadiennes serait pertinent afin d'actualiser son contenu. Nous pensons aussi qu'il serait opportun de faire des analyses sur une plus grande échelle qui explorerait tous les types d'interventions privilégiées en milieu clinique puisque l'information qui existe présentement à ce sujet reste assez peu complète : quels outils cliniques sont avantagés? Quelles sont les protocoles à suivre ? Qui évalue leur efficacité?

Enfin, nous pensons qu'il serait nécessaire de continuer à observer les différents rôles des travailleuses et des travailleurs sociaux en milieu clinique dans le but de les clarifier et de les appuyer.

Références

- Association canadienne de la santé mentale. (2021). *Faits saillants ; Association canadienne de la santé mentale*. CMHA National. Tiré de <https://cmha.ca/fr/trouver-de-linfo/sante-mentale/info-generale/faits-saillants/>
- Baribeau, C., et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative: Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settipani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., et Kendall, P. C. (2011). History of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Bentley, K. J., Walsh, J., et Farmer, R. (2005). *Referring Clients for Psychiatric Medication: Best Practices for Social Workers*. 14. <http://psychrights.org/research/digest/CriticalThinkRxCites/bentley-referringclients.pdf>
- Bergeron-Gaudin, J-V. (2019). L'organisation communautaire en travail social au Québec : origines, trajectoire et tensions. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 80–99. <https://doi.org/10.7202/1066102ar>
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B., et Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale: Apprendre, comprendre, s'engager*. 9. Tiré de <https://muse-jhu-edu.proxy.bib.uottawa.ca/chapter/2316740/pdf>
- Buetti, D., Taylor, S., et Lapierre, S. (2019). *Interventions fondées sur les déterminants sociaux... – Service social – Érudit*. 65(1), 40–53. <https://doi.org/10.7202/1064589ar>

- Bresson, M. (2012). La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, 169, 68-75. <https://doi.org/10.3917/inso.169.0068>
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., et Silva, F. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy – The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), s773–s774. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- Catalan-Massé, S. (2015, Decembre 3). *Les thérapies de 3ème vague, c'est quoi au juste ?* Tiré de <https://www.doctissimo.fr/psychologie/therapies/therapie-3eme-vague>
- Cesare, P. et King, R. (2015). Social Workers' Beliefs about the Interventions for Schizophrenia and Depression: A Comparison with the Public and Other Health Professionals—an Australian Analysis. *The British Journal of Social Work*, 45(6), 1750–1770. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu005>
- Charmillot, M. (2020). *Définir une posture de recherche, entre constructivisme et positivisme*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/les-grands-debats-epistemologiques-occidentaux-attribue/>
- Côté, M-A. (2017). *Impact des nouvelles modalités d'encadrement de la psychothérapie sur les travailleurs sociaux* [Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/28297/1/33783.pdf>
- Cottraux, J. et SAKI, G. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Elsevier Health Sciences. Tiré de <https://books.google.ca/books?id=OQj2DwAAQBAJ>
- Crête, J. (2019). Une identité professionnelle en tension : les travailleuses sociales en réadaptation en déficience physique. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 63–79. <https://doi.org/10.7202/1066101ar>

- Deslauriers, J-P. (2019). *Travail social*. Presse de l'Université Laval. Tiré de https://www.researchgate.net/publication/331555912_TravailSocialF_texte_monte_copie
- Deslauriers, J-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145. <https://doi.org/10.7202/1002031ar>
- Dionne, F., Ngô, T.-L. et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique: Une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111–130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale: Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Drogo, J., Jansen, C. et Laprevote, V. (2021). Quel est l'impact du confinement chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques lors de la pandémie de COVID-19 ? *La Presse Médicale Formation*, 2(3), 291–299. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2021.06.015>
- Dubar, C. (2010). 3. La crise des identités professionnelles. Dans : , C. Dubar, *La crise des identités: L'interprétation d'une mutation* (pp. 95-128). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Tire de <https://www-cairn-info.proxy.bib.uottawa.ca/---page-95.htm>
- Dunnigan, L., Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux et Direction des communications (1985-1995), Q. (Province). (2004). *La politique de la santé et du bien-être: Une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*. Santé et Services sociaux, Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-707-02a.pdf>
- Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M. et Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles

- anxieux et dépressifs chez l'adulte: Une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141–173. <https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Fray, A-M. et Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle: Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management Avenir*, 38(8), 72–88. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>
- Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, n° 98(2), 55–59.
- Gentili, F. (2005). Comment définir l'identité professionnelle ? *Connaissances de la diversité*, 17–57. <https://www.cairn.info/la-reeducation-contre-l-ecole-tout-contre--9782749205106-page-17.htm>
- Girard, L. (1985). Intervention en santé mentale et société: Quelques enjeux. Note critique à propos de Psychothérapies, attention! *Sociologie et sociétés*, 17(1), 127–142. <https://doi.org/10.7202/001298ar>
- González-Prendes, A. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy and social work values: A critical analysis. *Journal of Social Work Values & Ethics*, 9(2), 21-33. https://www.researchgate.net/publication/261833022_Cognitive-behavioral_practice_and_social_work_values_A_critical_analysis
- Gouvernement de l'Ontario (2000). *Loi Brian 2000 (Rèforme législative de la santé mentale)—Ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC)—La santé mentale—Publications en ligne—Information pour le public—MSSLD*. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée. Tiré de https://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/mental/treatment_order.aspx

- Gouvernement du Canada. (2021). *La santé mentale des groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00077-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Travailleur social/travailleuse sociale en Ontario | Perspectives d'emploi*. Tiré de
<https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/23025/ON>
- Granja, B. (2018). *Éléments de construction identitaire professionnelle des assistants de service social en formation*. 18. Tiré de https://aifris.eu/03upload/uplolo/cv1029_27.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (2017). *Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances: Survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada*. https://secure.cihi.ca/free_products/CIHI-comm-mental-health-fr-web.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (2021). *Données sur les dépenses de santé en bref*. 3. Tiré de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-expenditure-data-in-brief-fr.pdf>
- John, A., Okolie, C. et Eyles, E. (2020). *The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour : A living systematic review—PubMed*.
10.12688/f1000research.25522.1
- Kitoko, E. (2018). *Perspectives d'intervenantes sur les pratiques d'intervention à privilégier auprès des femmes victimes de violence conjugale et présentant des troubles mentaux modérés* [Mémoire, Université Laval]. Tiré de
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/34481/1/34909.pdf>
- Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Logan, J., Lee, E., Adamson, K., McCormick, M. et Kuehl, D. (2019). Social work education and training in mental health, addictions and

- suicide: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(6), e024659.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024659>
- Leclerc, A. (2017). *Le travail social en troisième ligne psychiatrique: La perception des travailleurs sociaux* [Université Laval]. Tiré de
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/27882/1/33506.pdf>
- Legros, P. (2012). Collective intervention in public interest: A form of management as of collective action. *Vie sociale*, 2(2), 147–155.
- Lévesque, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23–39.
<https://doi.org/10.7202/706666ar>
- Mantoura, P., Roberge, M.-C. et Fournier, L. (2017). Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 105–123.
<https://doi.org/10.7202/1040246ar>
- Masson, P. (2012). Évaluations psychosociales: Culture du positivisme et enjeux éthiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), 224–242. <https://doi.org/10.7202/1017392ar>
- Matsea, T., Ryke, E. et Weyers, M. (2018). Assessing mental health services in a rural setting: Service providers' perspective. *International Journal of Mental Health*, 47(1), 26–49.
<https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1377805>
- McGill University. (2022). *Master of Social Work (MSW) Programs*. School of Social Work.
<https://www.mcgill.ca/socialwork/prospective/msw>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *La Politique de la santé et du bien-être: Une évaluation de sa mise en oeuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002—Publications du ministère de la Santé et des*

- Services sociaux*. Retrieved December 11, 2021, Tiré de
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001350/>
- Mirabel-Sarron, C. (2007). Les psychothérapies de la dépression entre effet curatif et effet préventif: Y a-t-il une place à privilégier? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(8), 593–597. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.08.005>
- Moroz, N., Moroz, I. et D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282–287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Ngô, T-L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 35–63. <https://doi.org/10.7202/1023989ar>
- Nicolussi, A. (2011). « Comment les travailleurs sociaux mobilisent-ils des stratégies issues de la thérapie congitivo-comportementale dans leur pratique auprès des personnes toxicodépendantes ? ». 1-60.
- Nobert, M. (2013). *Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences* [Mémoire]. Université de Montréal. Tiré de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14599/Nobert_Michel_2003_memoire.pdf
- O'Brien, A.-M. et Calderwood, K. A. (2010). Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. *Social Work in Mental Health*, 8(4), 319–335. <https://doi.org/10.1080/15332980903484988>
- Praz, S. J. (2016). *Conscientisation professionnelle et construction de l'identité dans le champ du social*. <https://core.ac.uk/download/pdf/79426089.pdf>

- Proctor E. (2017). The Pursuit of Quality for Social Work Practice: Three Generations and Counting. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(3), 335–353.
<https://doi.org/10.1086/693431>
- Pullen Sansfaçon, A., Marchand, I. et Crête, J. (2015). Explorer l'identité professionnelle chez les travailleurs sociaux en devenir: Une étude de l'expérience des étudiants québécois finissants. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 137–152.
<https://doi.org/10.7202/1033623ar>
- Ruggiero, G. M., Spada, M. M., Caselli, G. et Sassaroli, S. (2018). A historical and theoretical review of Cognitive Behavioral Therapies: From structural self-knowledge to functional processes. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(4), 378–403.
<https://doi.org/10.1007/s10942-018-0292-8>
- Rector, N. A. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale: Guide d'information*. 64. Tiré de <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>
- Santé Canada (2002), *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Canada.
[Recherche] Tiré de https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_ill_f.pdf
- Scherly, E. (2018). *L'identité professionnelle des travailleurs des*. 46.
https://doc.rero.ch/record/327260/files/TM_Edouard_Scherly.pdf
- Sincero, S. M. (2022). *Conditionnement classique—Le type d'apprentissage associatif le plus élémentaire*. Tiré de <https://explorable.com/fr/conditionnement-classique>
- Taylor, M. F. et Bentley, K. J. (2005). Professional Dissonance: Colliding Values and Job Tasks in Mental Health Practice. *Community Mental Health Journal*, 41(4), 469–480.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-5084-9>

Université d'Ottawa. (2022). *Maîtrise en service social < uOttawa*.

<https://catalogue.uottawa.ca/fr/etudes-sup/maitrise-service-social/>

Université Laval. (2022). *Travail social—Avec mémoire | Maîtrise recherche*. Retrieved June 12,

2022, from <https://www.ulaval.ca/etudes/programmes/maitrise-en-travail-social-avec-memoire>

Weissman, M., Verdeli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H.

et Wickramaratne, P. (2006). National Survey of Psychotherapy Training in Psychiatry, Psychology, and Social Work. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 925–934.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.925>

Williams, M. E., Latta, J. et Conversano, P. (2008). Eliminating The Wait For Mental Health

Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(1), 107–114.

<https://doi.org/10.1007/s11414-007-9091-1>

Annexe A

Guide d'entretien – Thèmes et questions

Thèmes	Exemples de questions ouvertes
Formation universitaire et professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ○ J'aimerais que vous me parliez de votre formation universitaire ou collégiale. ○ Quelle était l'approche principale de votre université/collège (ex : individuelle, structurelle, systémique, etc.) ○ Quelles étaient les valeurs de votre université ? ○ J'aimerais que vous me parliez rapidement de votre formation professionnelle. ○ Selon vous, à quoi est liée la formation professionnelle que vous avez fini par développer ? (ex : intérêt personnel pour un type d'intervention, parce qu'il fallait le suivre pour un emploi spécifique, vous avez gravité vers un type de formation en raison de votre formation académique antérieure, etc.)
Les interventions psychosociales utilisées en milieu clinique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quelles est votre approche privilégiée (ou vos approches privilégiées) d'intervention vous empruntez dans votre pratique? ○ Sur quoi repose votre choix du type d'intervention? (ex. : milieu de travail, formation académique, choix personnel, etc.) ○ Quelle est l'importance que vous accordez au choix d'intervention dans votre pratique? ○ Ressentez-vous une certaine pression par rapport au choix d'intervention choisi dans votre milieu de travail ? ○ Quels rôles jouent vos valeurs personnelles et professionnelles dans le choix du type d'intervention ?
Les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Que représentent les approches TCC pour vous ? ○ Quelles sont vos connaissances spécifiques sur les théories cognitivo-comportementales ? ○ Selon vous, qu'est-ce que les approches TCC apporte à la pratique du travail social dans le champ de la santé mentale? ○ Quelles sont vos connaissances sur les approches d'intervention qui découlent des théories cognitivo-comportementales en contexte clinique? ○ En faites-vous l'utilisation et comment ? Quels sont les avantages et les limites, selon vous ? ○ Si vous ne les utiliser pas, pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?
Les obstacles en intervention en milieu clinique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Selon vous, quels sont les difficultés et obstacles les plus communs en intervention en santé mentale? ○ Quelles seraient vos suggestions pour remédier à ces obstacles ?

Annexe B

Certificat d'approbation éthique

23/03/2022

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number

S-02-22-7773

Titre du projet / Project Title

Travailleurs sociaux en milieu clinique : exploration de l'utilisation des approches d'intervention en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

Type de projet / Project Type

Mémoire de maîtrise / Master's major research paper

Statut du projet / Project Status

Approuvé / Approved

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)

23/03/2022

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

22/03/2023

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher **Affiliation**

Role

Frédérique LAVOIE-ALBERT École de service social / School of Social Work

Chercheur Principal / Principal Investigator

Sonia BEN SOLTANE École de service social / School of Social Work

Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

23/03/2022

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

Annexe C

Lettre d'invitation

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Invitation à participer au projet de recherche

Projet mené par Frederique Lavoie-Albert

Frederique Lavoie-Albert

Candidate à la maîtrise (MSS)

École de service social, Université d'Ottawa

flavo081@uottawa.ca

Sous la supervision de Sonia Ben Soltane, Ph.D.

Sonia Ben Soltane, Ph.D.

Professeure adjointe | Assistant professor

École de service social | School of Social Work

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Intitulé : Travailleurs sociaux en milieu clinique : exploration de l'utilisation des approches d'intervention en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche menée par Frederique Lavoie-Albert, étudiante à la maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa. Le présent projet cherche à examiner comment les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont mobilisées (ou non) par les travailleurs sociaux en contexte clinique et en santé mentale.

Nous allons vous poser des questions sur vos connaissances des approches d'intervention qui découlent des théories cognitivo-comportementales, vos approches d'intervention privilégiées en contexte de santé mentale, ainsi que les rôles que jouent vos valeurs personnelles et professionnelles dans le choix d'intervention, etc.

Les critères d'inclusions pour la participation à cette recherche sont les suivants :

- a) être membre de l'ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario ;
- b) travailler présentement en santé mentale dans un contexte clinique (ex : clinique communautaire, clinique privée, hôpital) OU avoir travaillé dans un contexte clinique durant les cinq (5) dernières années »;
- c) être familier.ère avec les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales ou au moins connaître l'approche et avoir des choses à dire à son sujet et ;
- d) être capable de comprendre et parler en français.

Votre participation est précieuse, car elle permettra à cette étude d'offrir de nouvelles perspectives touchant le choix de méthode d'intervention privilégiée par les

Faculté des sciences sociales
École de service social

Faculty of Social Sciences
School of Social Work

sciencessociales.uOttawa.ca
socialsciences.uOttawa.ca

120 Université / University
(12002) 12^e étage / 12th floor
Ottawa ON K1N 6N5
Canada



travailleuses et travailleurs sociaux en réponse à ces problématiques de santé mentale. De plus, cette recherche est d'une pertinence sociale pour les nombreuses travailleuses et travailleurs sociaux qui œuvrent en santé mentale. De fait, analyser et présenter l'utilisation des approches cognitivo-comportementales pourrait répondre à plusieurs problématiques qui interpellent la profession surtout dans le contexte pandémique que nous traversons. Obtenir des témoignages provenant directement de vous sur votre utilisation des approches cognitivo-comportementales, permettra de mieux comprendre leurs applications dans les milieux cliniques dans le champ de la santé mentale.

Votre participation consistera en une entrevue semi-dirigée d'une durée approximative d'une heure, durant laquelle nous vous poserons des questions sur votre appropriation des approches qui découlent des théories cognitivo-comportementale (ex. : ACT, DBT, TCC, etc.).

Nous nous engageons à garder une confidentialité entière sur votre participation et accommoder vos besoins et contraintes lors de votre participation. Dans ce sens, nous sommes prêts à vous rencontrer à une date et heure qui vous convient le mieux.

Nous privilégions une entrevue en ligne pour le déroulement de l'entrevue, à moins d'une indication contraire de votre part et dans le respect des mesures sanitaires en vogue dans la région de la capitale fédérale au moment de l'entrevue.

Nous sommes conscients que les rapports professionnels que nous entretenons au sein de la clinique pourraient vous donner le sentiment que vous êtes obligés de participer à la présente recherche. Nous tenons à souligner le fait que votre participation doit être volontaire et ne pas émaner d'un quelconque sentiment d'obligation.

Si vous êtes intéressé.e, veuillez contacter la chercheuse principale, Frederique Lavoie-Albert, aux coordonnées fournies plus bas. Nous vous contacterons pour discuter avec vous du meilleur moment pour vous rencontrer (en ligne pour respecter les consignes sanitaires de votre ville).

Coordonnées de la chercheuse principale :

Frederique Lavoie-Albert

Candidate à la maîtrise (MSS)

École de service social, Université d'Ottawa

flavo081@uottawa.ca

N.B., cette recherche a obtenu l'agrément du bureau d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa.

Annexe D

Affiche de recrutement

-PROJET DE MÉMOIRE-
TRAVAILLEURS SOCIAUX EN MILIEU CLINIQUE :
EXPLORATION DE L'UTILISATION DES APPROCHES
D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE QUI DÉCOULENT DES
THÉORIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.

RECHERCHE MENÉE PAR FREDERIQUE LAVOIE-ALBERT, CANDIDATE À LA MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL
RECHERCHE SUPERVISÉE PAR DR. SONIA BEN SOLTANE, PROFESSEURE À L'ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL

QUATRE (4) PARTICIPANT.E.S RECHERCHÉ.E.S

**ÊTES-VOUS TRAVAILLEUR.EUSE SOCIAL.E QUI TRAVAILLE
DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE ET QUI :**


PROJET DE MÉMOIRE EN SERVICE SOCIAL
2022


- EST MEMBRE DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL DE L'ONTARIO ;
- TRAVAILLE PRÉSENTEMENT EN SANTÉ MENTALE DANS UN CONTEXTE CLINIQUE (EX. : CLINIQUE COMMUNAUTAIRE, CLINIQUE PRIVÉE, HÔPITAL) OU A TRAVAILLÉ DANS UN CONTEXTE CLINIQUE DANS LES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES ;
- EST FAMILIÈRE AVEC LES APPROCHES QUI DÉCOULENT DES THÉORIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU AU MOINS CONNAÎT L'APPROCHE ET A DES CHOSES À DIRE À SON SUJET ET ;
- PARLE/COMPREND LE FRANÇAIS ?

SI VOUS ÊTES INTÉRESSÉ,
VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC
NOUS À FLAV0081@UOTTAWA.CA.
AJOUTER VOTRE **NOM** ET VOS
COORDONÉES.

VOTRE PARTICIPATION SERA :

- COMPLÈTEMENT CONFIDENTIELLE ET ANONYME.
- UNE SEULE ENTREVUE INDIVIDUELLE VIRTUELLE D'UNE DURÉE APPROXIMATIVE DE 60 MINUTES, À LA DATE ET HEURE DE VOTRE CHOIX.





Annexe E

Formulaire de consentement

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Titre du projet : Travailleurs sociaux en milieu clinique : exploration de l'utilisation des approches d'intervention en santé mentale qui découlent des théories cognitivo-comportementales.

Chercheuse principale : *Frederique Lavoie-Albert*

Affiliation : École de services sociales, Université d'Ottawa

Adresse de courriel : flavo081@uottawa.ca

Numéro de téléphone : 613-882-8416

Sous la supervision de : *Sonia Ben Soltane, Ph.D.*

Professeure adjointe | Assistant professor

École de service social | School of Social Work

Université d'Ottawa | University of Ottawa

La présente étude est faite dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et sera supervisée par Professeure Dr. Sonia Ben Soltane, professeure à l'école de service sociale de l'Université d'Ottawa.

Invitation à participer : Je suis invité(e) à participer à la recherche nommée ci-dessus. Elle est menée par Frederique Lavoie-Albert.

But de l'étude : Le but de l'étude est d'explorer comment les approches d'intervention qui découlent des théories cognitivo-comportementales sont mobilisées (ou non) par les travailleurs et travailleuses sociaux en milieu clinique.

Participation : Ma participation consistera à contribuer à une entrevue individuelle lors d'une séance de 60 minutes. Les thèmes qui seront abordés sont : « Formations universitaire et professionnelle », « Interventions psychosociales utilisées en milieu clinique », « Les approches qui découlent des théories cognitivo-comportementales » et « Obstacles en intervention en milieu clinique ». Un enregistrement audio/vidéo sera fait pour faciliter la retranscription et l'analyse de données.

Bienfaits : Ma participation à cette recherche aura pour effet un avancement du savoir social et scientifique. Par exemple, la recherche dans le cadre de ce mémoire est d'une importance sociale certaine et est pertinente pour la population car la majorité des individus vivront avec une problématique de santé mentale au courant de sa vie (Mantoura et collab., 2017). Plusieurs études estiment également que les problèmes de santé mentale vont s'aggraver et plafonner après la fin de la pandémie à la suite des mesures de distanciation sociale et de confinement (John & collab., 2020). Il devient donc pertinent de constater que cette étude offrira de nouvelles perspectives touchant le choix de méthode d'intervention privilégiée par les travailleuses et travailleurs sociaux en réponse à ces problématiques de santé mentale. De plus, cette recherche est d'une pertinence sociale pour les nombreuses travailleuses et travailleurs sociaux qui

Faculté des sciences sociales
École de service social

Faculty of Social Sciences
School of Social Work

sciencesociales.uOttawa.ca

socialsciences.uOttawa.ca

120 Université / University
(12002) 12^e étage / 12th floor
Ottawa ON K1N 6N5
Canada



uOttawa

œuvrent en santé mentale. De fait, analyser et présenter l'utilisation des approches TCC pourrait répondre à plusieurs problématiques qui interpellent la profession. Ainsi, obtenir des témoignages provenant directement des travailleuses et travailleurs sociaux sur l'utilisation des approches TCC concrétisera leurs applications dans les milieux cliniques.

Confidentialité et vie privée : La chercheuse principale m'a donné l'assurance qu'elle traitera l'information que je partagerai avec elle de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que dans le cadre de ce mémoire et selon le respect de la confidentialité. Mon anonymat est préservé de la façon suivante : mon nom sera changé et toutes informations qui pourraient permettre de m'identifier, seront éliminées. Cependant, je comprends aussi qu'il y a des risques de confidentialité hors du contrôle de la chercheuse principale quand l'entretien est fait en ligne (ex. : Teams, Zoom, etc.).

Afin de minimiser les risques de bris de sécurité et pour assurer ma confidentialité, la chercheuse me recommande d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que m'assurer que personne dans mon entourage puisse entendre l'entretien ou de mettre des écouteurs quand l'entretien est en ligne.

Conservation des données : Les données collectées (soit celles sur papier et celles sur support électronique; exemples: enregistrements audio/vidéo, transcriptions, notes du chercheur, formulaire de consentement, etc.) seront conservées de façon sécuritaire dans l'ordinateur de la chercheuse qui est verrouillé en tout temps. Seule la chercheuse et sa superviseure auront accès aux données qui seront conservées pendant la durée de la rédaction du mémoire. Les données et documents de recherche seront conservés pendant une période de cinq (5) ans après la fin du projet de recherche (commençant en septembre, 2022).

Participation volontaire : Ma participation à cette recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, de refuser de répondre à toute question à laquelle je ne veux pas répondre sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données collectées jusqu'à ce moment seront détruites et ne seront donc pas utilisées.

Enregistrement provenant du logiciel de vidéoconférence: L'entrevue individuelle pour cette recherche sera enregistrée au moyen du logiciel de vidéoconférence. La chercheuse principale m'a donnée l'assurance que l'enregistrement est fait uniquement pour les besoins de la retranscription fidèle des entrevues.

Acceptation : En choisissant la phrase ci-dessous, je consens ou ne consens pas à l'enregistrement provenant du logiciel de vidéoconférence :

- Oui, j'accepte l'enregistrement de notre entrevue individuelle.**
- Non, je n'accepte pas l'enregistrement de notre entrevue individuelle.**

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheuse ou son superviseur.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa au (613) 562-5387 ou ethique@uottawa.ca.

La chercheuse principale me recommande de (garder/imprimer/sauvegarder) une copie du formulaire de consentement.

Si un consentement écrit est obtenu :

Acceptation : En signant de mon nom, je consens à participer à cette recherche.

Nom du participant : _____

Signature du participant _____ Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur _____ Date : _____

Si un consentement verbal est obtenu :

Acceptation : En choisissant la phrase ci-dessous, je consens ou ne consens pas à participer à cette recherche.

- Oui, je veux participer.**
- Non, je ne veux pas participer.**