



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

DÉCLARATION DE PRINCIPES
2022

DÉCLARATION SUR LA NÉCESSITÉ DE RÉPONDRE AUX BESOINS SOCIAUX VÉCUS PAR LA POPULATION



Table des matières

3	CONTEXTUALISATION DE CETTE DÉCLARATION DE PRINCIPES
4	LES SERVICES SOCIAUX : UNE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT
5	LE SOUTIEN SOCIAL
6	LES TRAVAILLEURS SOCIAUX : DES TISSEURS DE LIENS
7	PRINCIPES DIRECTEURS
8	Le droit à une qualité de vie décente
9	L'accessibilité à des services sociaux généraux (généralistes) de première ligne
10	Des services axés sur les déterminants sociaux de la santé
11	Une organisation des services en cohérence avec les bonnes pratiques en travail social
12	Des services sociaux de proximité sur une base territoriale
14	ANNEXE 1 UNE POPULATION CONFRONTÉE À UNE CRISE SOCIALE SANS PRÉCÉDENT
16	ANNEXE 2 DES SERVICES SOCIAUX DÉFAILLANTS ET PEU SOUTENUS
18	RÉFÉRENCES

CONTEXTUALISATION DE CETTE DÉCLARATION DE PRINCIPES

Dans le cadre de son mandat de protection du public, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ici l'Ordre) rédige cette déclaration de principes afin que l'État recentre sa mission sociale au cœur de ses actions et déploie les services sociaux nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Depuis de nombreuses années, l'Ordre insiste et rappelle le rôle et l'importance des services sociaux au Québec, voyant ceux-ci se détériorer. En ce contexte postpandémique dans lequel de nombreux problèmes sont accentués, les services sociaux se présentent comme une solution incontournable puisqu'ils concourent à la santé de tous et à la diminution des inégalités sociales. L'Ordre rappelle le devoir primordial de l'État, celui d'offrir des services sociaux de qualité, accessibles, généraux et spécialisés, adaptés, voire transformés, en réponse aux besoins de toutes les populations, incluant les peuples des Premières Nations et les Inuit.

Bien que les services sociaux concernent différents professionnels et intervenants issus de différents domaines de la santé mentale et des relations humaines, les travailleurs sociaux font partie des principaux professionnels à y œuvrer quotidiennement. Ils y œuvrent d'ailleurs majoritairement. C'est pourquoi la présente déclaration porte une attention particulière sur le travail des travailleurs sociaux et sur le soutien social comme l'un des principaux vecteurs de l'intervention sociale. À cet égard, une définition du soutien social ainsi qu'une description du travail des travailleurs sociaux sont proposées. Enfin, les cinq principes directeurs regroupant les conditions nécessaires pour le déploiement de pratiques sociales optimales dans les services sociaux sont présentés. L'Ordre demande aux décideurs d'adhérer à ces cinq principes directeurs qui permettront d'offrir à la population des services sociaux de qualité, en réponse à leurs besoins.

LES SERVICES SOCIAUX : UNE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT

Les services sociaux visent à favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes, particulièrement celles en situation de vulnérabilité. Ils visent aussi à améliorer leurs conditions sociales et économiques et, par le fait même, à concourir à réduire les inégalités sociales et économiques ainsi qu'à éliminer la pauvreté. Ces services sociaux sont une composante essentielle du soutien social au cœur du vivre ensemble collectif.

Au Québec, la responsabilité collective d'assurer le soutien social à ceux qui en ont besoin fait force de loi. L'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, 1991) inclut la capacité sociale comme un élément spécifique sur lequel l'État doit agir :

« Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (art. 1)

L'État a donc le devoir d'offrir des services sociaux, ceux-ci ayant été définis dans le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social comme étant :

« [...] Un ensemble de moyens de nature préventive ou corrective, par lesquels la société vient en aide à des personnes, à des familles, à des groupes et à des collectivités, afin de les maintenir, de les intégrer ou de les réintégrer dans ce qu'ils considèrent comme une vie normale et de favoriser leur développement. »
(Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1972 : 26)

Le modèle québécois d'organisation des services publics a la particularité structurelle d'associer les services de santé aux services sociaux. Nous avons un ministère et un réseau de la santé et des services sociaux. Les services sociaux doivent être compris comme un investissement social, c'est-à-dire en tenant compte des économies que permettent de réaliser un meilleur soutien à la promotion de la santé et de la prévention (Dutton et al., 2018). Ils doivent être placés au cœur de la conception de la santé. Et, il devient stratégique pour le gouvernement de s'intéresser aux problèmes sociaux et à l'un des vecteurs majeurs à privilégier en termes de réponse pour y faire face : le soutien social.

LE SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social permet l'amélioration, le rétablissement ou la création de liens entre un individu et son environnement, que ce soit son lien affectif (familial, amical, conjugal), son lien fonctionnel (avoir accès aux ressources lorsqu'il en a besoin) ou son lien institutionnel (appartenance communautaire, contexte judiciaire et de protection, victimisation et défense de droit). En somme, le soutien social est le meilleur moyen d'éviter la rupture ou la disparition des liens (déliasion sociale) que peut entraîner un événement ou un vécu de trajectoire de vie rompue, des conditions de vie précaires, un contexte social défavorable (Farinas, 2018; Crevier et al., 2010; Clément et al., 2009).

Or, on parle très peu du soutien social et de son rôle crucial en réponse aux problématiques sociales existantes. Quelles sont les solutions envisagées pour atténuer les conséquences du manque de soutien social, pouvant par exemple conduire à un féminicide, un infanticide ou à l'exclusion sociale? Quelle place est accordée au soutien social quand les interventions médicales et psychologiques sont souvent les seules valorisées, soutenues et même comprises? Comme si l'itinérance, la violence faite aux femmes, la sécurité des enfants, l'isolement et le manque de liens familiaux structurants étaient des problèmes médicaux ou psychologiques. Pourtant, la nature sociale de ces problèmes ne peut être démentie, et le travail social a développé et déployé diverses approches éprouvées pour intervenir dans une perspective sociale (Van de Sande et al., 2018; Turcotte et Deslauriers, 2017; Harper et Dorvil, 2013).

LES TRAVAILLEURS SOCIAUX : DES TISSEURS DE LIENS

Les travailleurs sociaux, dont le travail est d'offrir des services sociaux, sont étonnamment aussi peu connus et reconnus que les besoins des personnes auprès de qui ils travaillent quotidiennement. Ils sont plus de 15 000 au Québec à œuvrer auprès de personnes qui vivent des ruptures sociales, familiales ou économiques (séparation, décrochage scolaire, pertes d'emploi, etc.), de l'exclusion, de la discrimination, de l'intimidation, qui ressentent un mal-être profond, un sentiment d'impuissance ou de la détresse face à certaines situations, et qui cherchent de l'aide et du soutien... généralement avant qu'une crise ne se présente.

Les travailleurs sociaux œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, en protection de la jeunesse, en milieu hospitalier ou en CLSC dans les programmes spécifiques comme déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), jeunes en difficulté et soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAD), dépendances, santé mentale, etc. Ils œuvrent également en groupe de médecine familiale (GMF), en milieu communautaire, en milieu scolaire, en pratique autonome ainsi que dans les milieux de l'enseignement et de la recherche. Ils sont un maillon indispensable de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, ils collaborent avec les membres des équipes interdisciplinaires afin d'obtenir des résultats favorables pour les personnes, les groupes et les communautés avec qui ils s'engagent (Association internationale des écoles de travail social, 2018).

L'intervention sociale peut se déployer dans le milieu de vie de la personne, que ce soit à son domicile ou encore dans son lieu d'hébergement. Elle peut aussi se faire dans les lieux où exerce le travailleur social, à ciel ouvert, dans les espaces publics, dans un organisme ou encore dans toutes autres ressources dans la communauté (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2013).

PRINCIPES DIRECTEURS

L'Ordre considère que :

- ♦ Les problèmes sociaux sont accentués par la pandémie et les conséquences socio-économiques de celle-ci (annexe 1);
- ♦ Les services sociaux actuels ne répondent pas adéquatement aux besoins des populations, ils sont difficilement accessibles et ne sont pas suffisamment priorisés par les instances gouvernementales (annexe 2).

C'est pourquoi il s'inquiète des impacts sur la population et en particulier pour les personnes vulnérables qui, déjà fragilisées, pourraient se retrouver en situation de grande précarité, voire de détresse et de marginalité. Dans ce contexte, l'Ordre juge impératif de réaffirmer l'importance du soutien social, mais aussi de cibler et d'énoncer les principes devant être respectés pour assurer l'accès à des services sociaux de qualité.



PRINCIPE 1



Le droit à une qualité de vie décente

L'Ordre continue de plaider en faveur d'un système de santé et de services sociaux public, gratuit, universel et accessible. À ce titre, il rappelle à l'État son devoir de garantir à la population en général – et aux personnes vulnérables en particulier – le droit à une qualité de vie décente.

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur le plan scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. » (LSSSS, art. 5)

« Toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent. » (Charte québécoise des droits et libertés, art. 45).

Sur le plan international, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ratifié par le Québec en 1976, décrit le devoir des États :

« Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence ». (Nations Unies, art. 11)

Peu importe le contexte politique, social ou économique, l'État a le devoir moral et politique de se pencher sur l'impact direct et indirect de ses décisions, notamment quant au financement et au déploiement des programmes publics, sur les personnes vulnérables. La qualité de vie passe, de manière substantielle, par le renforcement du tissu social, par du travail social clinique qui crée des liens entre les personnes et leurs contextes de vie, les ressources de leurs communautés ainsi que par des politiques publiques favorisant l'amélioration des conditions de vie.

PRINCIPE 2



L'accessibilité à des services sociaux généraux (généralistes) de première ligne

L'un des fondements du régime public québécois est le principe d'accessibilité. Les services sociaux généraux de première ligne doivent être dispensés par le réseau public. Ils doivent également être disponibles, sans référence, le plus près des milieux de vie de la population et se déployer en fonction des besoins des citoyens, plutôt que dans une logique de trajectoire. Au niveau des services sociaux généraux, il ne devrait pas y avoir de liste d'attente.

La priorité doit être accordée à la qualité du lien, à l'alliance collaborative dès les premiers contacts avec la personne qui demande un service. Les services sociaux généraux doivent répondre aux situations et aux problèmes vécus dans la vie courante (rupture, épuisement, manque de ressources, besoin de représentation, adaptation à une perte, etc.) liés ou non à des problématiques définies (santé mentale, situation de handicap, vieillissement, négligence, etc.). Ils doivent permettre une réponse singulière au besoin exprimé par la personne et viser non pas uniquement la gestion individuelle des difficultés, mais le soutien social requis. Enfin, les services doivent être dotés de ressources adéquates et suffisantes pour faire face à l'ensemble des besoins sociaux.



PRINCIPE 3



Des services axés sur les déterminants sociaux de la santé

Le travail social intègre dans sa démarche clinique les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire, les facteurs qui configurent la santé tels que le statut social, le revenu, les conditions de vie et de travail, le réseau familial et social ainsi que le soutien communautaire. Le propre du champ d'exercice de la profession de travailleur social, articulé autour de la notion centrale de fonctionnement social, demande une prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la compréhension des situations et dans l'intervention auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités. On ne peut pas intervenir sur l'isolement d'une personne, l'absence de réseau de soutien, le stress de la charge mentale, les difficultés relationnelles sans penser et agir sur les conditions sociales que sont les déterminants sociaux de la santé. D'une certaine façon, il s'agit d'interventions qui visent à la fois le changement et la prévention en termes de conception globale de la santé.

Les travailleurs sociaux doivent pouvoir intervenir en amont des crises, sur le contexte d'apparition des problèmes psychosociaux, les conditions de vie susceptibles de provoquer la détresse et de renforcer les conséquences des problèmes délétères de santé. De cette façon, ils aident les personnes à restaurer leur fonctionnement social en répondant à leurs besoins, en exerçant leurs rôles sociaux de manière satisfaisante en fonction de leurs aspirations. Conjuguées et contribuant au développement des communautés, ces interventions favorisent la cohésion sociale et le bien-être de la population.



PRINCIPE 4



Une organisation des services en cohérence avec les bonnes pratiques en travail social

Les milieux de pratique doivent donner de l'espace et soutenir l'élaboration d'une analyse et d'une opinion professionnelle aux situations présentées dans le cadre de l'évaluation du fonctionnement social des personnes, notamment par le renforcement des pratiques réflexives. De plus, l'autonomie et le jugement professionnels doivent avoir préséance sur l'encadrement administratif et clinique prescriptif et technique. Enfin, les indicateurs de gestion doivent être ajustés aux aspects sociaux de l'intervention. Ces indicateurs doivent pouvoir refléter les démarches pour l'usager, les interventions à domicile, les interventions communautaires ou auprès des partenaires, les représentations de défense des usagers, les interventions nécessaires à la construction de relations significatives en termes de qualité relationnelle. Ces indicateurs ne doivent pas se limiter aux dimensions instrumentale et technique qui se reflètent par l'acte de remplir des grilles et des outils, comme c'est souvent le cas.

La centralisation et la technocratisation augmentées avec le fusionnement des établissements nuisent au nécessaire travail de réflexion qui caractérise l'intervention professionnelle en travail social et qui repose sur une lecture singulière plutôt que sur les normes et règles en premier lieu (Demers, 2013). À l'instar de de Dupuis et al. (2005 : 25), il importe de rappeler que :

« Les règles et les normes plus particulières, celles qui prescrivent des actions précises dans des contextes particuliers, deviennent progressivement moins efficaces avec l'augmentation de la variété des éléments à considérer. Les situations sont souvent trop complexes et trop variées pour que le travail à faire puisse être « programmé » efficacement sous forme de règles écrites précises. Il faut pouvoir compter sur le jugement de ceux qui donnent le service et leur accorder l'autonomie nécessaire à l'exercice de ce jugement. Ils sont les seuls à pouvoir prendre en compte les informations propres à chaque situation et à adapter les services en conséquence. »

PRINCIPE 5



Des services sociaux de proximité sur une base territoriale

Le réseau de la santé et des services sociaux est passé d'une organisation structurée à partir des besoins locaux et communautaires à une structure construite autour des hôpitaux avec le développement des Centre de santé et de services sociaux (CSSS) lors de la Réforme Couillard en 2003. Ceux-ci devaient maintenir une lecture sociale et communautaire des besoins à travers leur assignation légale « d'instance locale » et grâce à la « responsabilité populationnelle » au sein de réseaux locaux de services (RLS). La dernière réforme de 2015, mise en place par le ministre de la Santé et des services sociaux de l'époque, Gaétan Barrette, a fait, de facto, disparaître cette logique de proximité territoriale en structurant les services sur la base de trajectoires de soins définies à partir d'une logique de traitement plutôt que de soutien dans des communautés vécues.

Les services sociaux doivent pouvoir s'ajuster de nouveau aux dynamiques et aux contextes locaux afin de renforcer le tissu social, favoriser le soutien et la création de lien de solidarité, profiter des opportunités de mobilisation et d'entraide. Les plans d'intervention et les stratégies de soutien social doivent être élaborés en fonction du milieu où ils se déploient (Demers, 2013).

L'organisation des services sociaux doit s'inscrire dans une logique sociale et communautaire beaucoup plus que médicale et hospitalière, autant dans la gouvernance, qui devrait être locale et impliquer des citoyens, que dans l'opérationnalisation. Elle doit « reconnaître pleinement les pratiques d'intervention de proximité pour leurs apports dans l'intervention sociale auprès des communautés en situation de vulnérabilité, de marginalisation, de désaffiliation ou de faible développement économique » (Maillet, 2021: 2). Ces interventions de proximité doivent se décliner à plusieurs niveaux, notamment au niveau relationnel, géographique, décisionnel et organisationnel.

Ce principe nous amène à remettre en question le rattachement des services sociaux publics à des structures hypercentralisées autour du médical, surtout si celles-ci n'intègrent pas une gestion clinico- administrative ainsi qu'une direction des services sociaux distinctes dans chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce principe nous amène également à soutenir l'importante contribution des organismes communautaires au Québec ainsi que l'importance du maillage entre ceux-ci, le réseau de la santé et des services sociaux et les instances locales, notamment municipales, tous préoccupées par le développement collectif et le bien-être de la population.





ANNEXE 1 UNE POPULATION CONFRONTÉE À UNE CRISE SOCIALE SANS PRÉCÉDENT

La population du Québec est confrontée à une crise sociale sans précédent. Il suffit de penser aux nombreuses personnes âgées qui vivent de l'isolement et du désœuvrement, qui peinent à obtenir des services à domicile ou une place en CHSLD, aux nombreuses personnes sur les listes d'attente en santé mentale, aux familles en attente de services à la protection de la jeunesse, aux membres des Premières nations et Inuits qui vivent dans des conditions sociales exécrables, à la hausse des inégalités sociales due notamment à l'inflation, aux personnes en situation de pauvreté dont la situation se dégrade et à celles en recherche d'un logement abordable ou d'un emploi moins précaire. Sans oublier les impacts de la crise climatique qui se font de plus en plus sentir et dont les répercussions sur les populations vulnérables ne sont plus à démontrer.

LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA PANDÉMIE

Dès l'apparition de la pandémie de Covid-19 en mars 2020, l'Ordre entrevoyait les conséquences psychosociales de celle-ci et s'inquiétait de la détresse sociale qui affecterait d'une façon ou d'une autre la population. Au même moment, l'Organisation mondiale de la santé exhortait les pays membres à rapidement mettre en œuvre les mesures qu'ils jugeaient nécessaires pour diminuer les impacts sociaux de cette crise sanitaire mondiale sur leurs populations respectives (Organisation mondiale de la santé, 2020).

En réalité, la pandémie a eu des effets sur le fonctionnement social de toute la population, dû entre autres aux diverses mesures de confinement, à la distanciation sociale, à la fermeture de certains lieux publics, commerciaux, institutionnels, etc. Certaines personnes ou familles qui n'étaient pas en situation de vulnérabilité avant la pandémie, le sont devenues. De plus, les personnes qui étaient déjà vulnérabilisées vulnérables ont vu leur situation se fragiliser davantage (les personnes immigrantes et les personnes réfugiées, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et celles en situation de pauvreté, les premières nations et Inuits, les détenus, les jeunes ayant des besoins particuliers, etc.). La pandémie est venue exacerber les inégalités sociales et économiques.

L'impact de l'isolement vécu par les personnes âgées en perte d'autonomie et les inquiétudes que la situation a créé chez les proches aidants, les effets de la désaffiliation des personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou en situation d'itinérance, l'importance du problème de la violence faite aux femmes ainsi

que la détresse sociale de plusieurs familles (pertes d'emploi, télétravail, fermeture des écoles, perte du soutien social de l'entourage, augmentation des signalements) ont été mis en lumière grâce aux interventions dans les médias des organismes communautaires, des regroupements de citoyens, de militants et de chercheurs. Or, la crise pandémique a surtout révélé des problèmes qui étaient déjà existants, peut-être moins visibles, mais agissants. Des situations qui ont toutes en commun de pouvoir être prévenues, voire atténuées, dans leur survenue comme dans leurs conséquences, surtout par du soutien social de qualité.





ANNEXE 2 DES SERVICES SOCIAUX DÉFAILLANTS ET PEU SOUTENUS

Force est de constater que les changements et transformations dans la gouvernance et l'organisation des services sociaux au Québec, influencées par les différentes réformes, ont considérablement contribué à affaiblir les services sociaux de réponses adéquates aux besoins liés aux conditions de vie tels la pauvreté, l'exclusion sociale ou les ruptures de trajectoires. S'appuyant sur les expériences professionnelles des travailleurs sociaux et sur la littérature (Grenier et al., 2022; OTSTCFQ, 2017; Grenier et al., 2014; Bellot et al., 2013), l'Ordre énonce certains constats concernant l'organisation des services sociaux dont il craint les répercussions négatives sur la qualité des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et ultimement sur la protection du public :

- ◇ Déséquilibre alarmant entre les deux missions du ministère de la Santé et des Services sociaux où la deuxième, la mission sociale devient trop souvent l'instrument de la première, la santé : Organisation en trajectoires de soins, centralisation autour des centres hospitaliers, sans instance de gestion et d'encadrement propre aux services sociaux.
- ◇ Définition des services sociaux en fonction des besoins des institutions de santé, des besoins liés aux traitements médicaux (soutien à l'adaptation de la maladie, traitement des problèmes médicalement identifiés, gestion des lits d'hôpitaux et de ressources d'hébergement, application de programmes, etc.).
- ◇ Recours au privé en constante progression pour les soins et les services sociaux (Hébert, 2022).
- ◇ Alourdissement constant des processus administratifs et des évaluations du travail clinique sur la base de données quantitatives (nombre de dossiers, types et fréquences des interventions).
- ◇ Systèmes d'indicateurs de gestion non conçus pour ce pourquoi ils sont utilisés; utilisation des indicateurs dans une perspective de contrôle et de connaître le nombre de services rendus plutôt que pour comprendre les effets des services sociaux dans la vie des personnes.
- ◇ Allongement des listes d'attente et déplacement des personnes d'une liste d'attente à une autre.

- ♦ Accent mis sur la conformité aux processus et aux protocoles d'intervention plutôt que sur la qualité et la pérennité des liens de collaboration entre le travailleur social et la personne en besoin et le bien-être de cette dernière (écoute empathique, disponibilité à la personne et l'entourage, reconnaissance des rôles mutuels, plan d'intervention coconstruit).
- ♦ Organisation de la première ligne sociale en fonction des programmes et des mandats d'organismes spécifiques plutôt que des besoins exprimés et des réalités sociales et communautaires locales.
- ♦ Abandon de la responsabilité populationnelle locale et des mécanismes de concertations de proximité.
- ♦ Transfert des mandats de prévention des équipes cliniques à la direction de santé publique.
- ♦ Rétrécissement de l'espace accordé à l'élaboration du jugement clinique au profit des guides uniformisés et des interventions standardisées et négation de son importance.
- ♦ Encadrement des pratiques en fonction de règles administratives réduisant l'autonomie professionnelle : nombre de rencontres prédéterminées, protocoles préétablis, lieux et contextes d'interventions prescrits.
- ♦ Mobilité des professionnels amenant des ruptures de lien chez des gens qui en ont vécus plusieurs.
- ♦ Démobilisation, départ de nombreux professionnels devant la perte de sens qu'engendre une culture de gestion « top down ».

RÉFÉRENCES

Association internationale des écoles de travail social – IASSW/AIETS (2018). *Énoncé de principes éthiques du travail social*, Dublin. En ligne : <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/downloads/global-social-work-statement-of-ethical-principles-2018/Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-03-French.pdf>

Bellot, C., Bresson, M. et C. Jetté (dir.) (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Les services sociaux*, vol. 6, tome 1. Gouvernement du Québec. En ligne : https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=69038

Clément, M., Gélinau, L. et A.-M. McKay (2009). *Proximités. Liens, accompagnement et soins*. PUQ.

Crevier, M., Couturier, Y. et P. Morin, P. (2010). « L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique », *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 177-191. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2010-v23-n1-nps1519579/1003175ar/>

Demers, L. (2013). *L'avenir de la gouvernance du système sociosanitaire québécois : le pari d'une réelle subsidiarité*, *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 9, no 1 : 12-15.

Dupuis, A., Farinas, L. et L. Demers (2005). « Gouvernance et fusions d'établissements sociosanitaires », *Revue Gouvernance*, vol.1, no 2.

Dutton, D.J., Forest, P.G., Kneebone, R.D. et J.D. Zwicker (2018). « Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study », *CMAJ*, vol. 22, no 190: E66-71.

Farinas, L. (2018). « Tisser des liens pour aider des sans-abri : des relations de première ligne en action », *Santé mentale au Québec*, vol. 43, no 14 : 55-71. En ligne : <https://doi.org/10.7202/1048894ar>

Grenier, J., Bourque, M., Marchand, I., Monette Dréviillon, M.-F., Sisavath, A., Laau-Laurin, O et M. Barbe (à paraître). « Réformes successives du système de santé et de services sociaux au Québec et effets délétères de la pandémie : enjeux du travail émotionnel et de care pour les travailleuses sociales », *Revue Intervention*.

Grenier, J., Bourque, M. et N. St-Amour (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la Santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme. En ligne : https://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf

Harper, E. et H. Dorvil (dir.) (2013). *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Hébert, G. (2022). *La progression du secteur privé en santé au Québec*, Série Le privé en santé, fiche 1.

Maillet, L. (2021). « La reddition de compte cruciale en intervention de proximité en santé publique », A+, *le carrefour des acteurs publics*, vol. 8, no.1. En ligne : https://enap.ca/ENAP/docs/L_Universite/Bulletin_A_plus/Juin-juillet_2021/APlus_LMaillet.pdf?utm_source=Openfield&utm_medium=email&utm_campaign=B2724791

Loi sur la santé et les services sociaux, Québec (1991) : Gouvernement du Québec.

Nations Unies (1976). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. En ligne : <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2017). *Rapport au groupe de travail : Impact des approches d'optimisation sur les pratiques professionnelles*. Document inédit.

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*, Montréal. En ligne : <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/l-intervention-sociale-individuelle-en-sante-mentale-dans-une-perspective-professionnelle.pdf>

Organisation mondiale de la santé (2020). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance*. En ligne : <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

Turcotte, D. et J.-P. Deslauriers (2017). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* 2e éd., Québec : Presses de l'Université Laval.

Van de Sande, A., Beauvolsk, M.-A. et K. Larose-Hébert (2018). *Le travail social, Théories et pratique*, 3e édition, Montréal : Gaëtan Morin éditeur.



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