

Yves Lardon ESTS-épe., ts.  
Consultant en trouble grave du comportement.

[yves.lardon@consultationcap.com](mailto:yves.lardon@consultationcap.com), [www.consultationcap.com](http://www.consultationcap.com)

### **Le soutien mutuel comme apport d'expertise aux problématiques complexes**

The mutual support like contribution of expertise for the complex problems

Mots clefs ; collaboration, soutien, multidisciplinaire, expertise, équipe, problématiques, autisme, déficience intellectuelle.

Ce texte découle des réflexions et expériences faites comme consultant en troubles graves du comportement auprès des clientèles ayant un retard mental ou un trouble envahissant du développement. Depuis les années 70, les politiques sociales favorisent l'intégration de **nouvelles populations** autrefois marginalisées ou institutionnalisés. Les dernières recherches en santé, psychologie et service social confirment la présence accrue de **multiples diagnostics** parmi les clientèles ayant une déficience intellectuelle ou autiste. Face à cette nouvelle réalité, il devient indispensable de **regrouper** et de **partager** les expertises professionnelles dans tous les domaines afin de donner des services exemplaires et favoriser la qualité de vie de la personne différente dans la communauté.

Nous vous proposons ici un schéma théorique des différentes composantes du soutien mutuel dans une équipe de travail clinique, suivi par un exemple pratique des rôles exercés dans une telle équipe.

Aujourd'hui encore, la personne déficiente intellectuelle, autiste ou souffrant de santé mentale questionne notre société bien souvent en raison de comportements inadéquats. Même si nos politiques sociales prônent la participation sociale de cette population, les actions et mesures à prendre suggérées par les professionnels sont très souvent divergentes voire contradictoire d'un professionnel à l'autre. En fait nous assistons bien souvent à des prises en charge par silo unidimensionnel ne prenant en compte qu'une seule composante des comportements présentés par la personne, alors qu'une multitude de causes induisent ce comportement. Face à cette complexité un processus de soutien mutuel entre tous les membres d'une équipe de travail clinique, professionnel ou non, est nécessaire et favorise la perception de l'ensemble des composantes des comportements de cette personne différente. Le développement d'actions et de mesures diversifiés favorable au traitement des comportements complexes, favorisent l'intégration sociale de la personne. Dans ce processus les professionnels en retireront également des avantages par le partage d'expertises complémentaires à leur champ d'expertise, cette collaboration est d'autant plus importante quant il s'agit de problématiques complexes. Dans un processus de soutien mutuel, le professionnel doit se positionner à deux niveaux, son rôle et le partage des ses connaissances.

### **De l'individu à membre d'une équipe**

En tant que membre d'une équipe, sa position va nécessiter régulièrement l'établissement de compromis dans son système de valeur personnel et professionnel. Trop souvent nous sommes appelés comme consultant pour une problématique qui n'est pas lié à la personne différente mais plus au trouble du système dans lequel nous retrouvons cette approche pas silo unidimensionnel, comme par exemple la dissociation entre les aspects de la santé versus psychosociale ou clinique versus administratif. Nous devons alors relever les incompatibilités entre les valeurs, buts ou

interprétations du problème parmi les membres de l'équipe d'intervention clinique. Avant de s'engager comme professionnel, parent ou bénévole dans une intervention complexe, il y a lieu de se poser cette question : **sommes-nous prêts à prendre le rôle de membre dans une équipe et de travailler avec d'autres personnes ?** À ce sujet, vous trouverez en annexe (1) un questionnaire qui peut vous guider dans votre démarche.

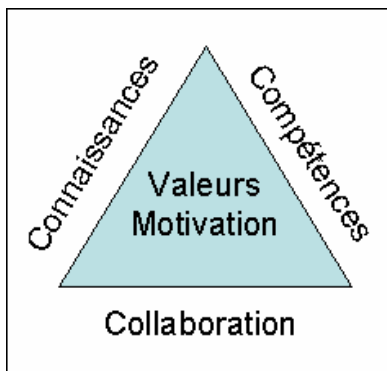


Figure 1. L'individu

L'équipe de travail est une construction sociale, l'individu est l'unité de base à cette construction en tant que membre du groupe, il est dès lors nécessaire de distinguer le membre d'un groupe de l'individu qui joue ce rôle de membre. Avant d'être membre d'un groupe, l'individu est avant tout un *citoyen*.

Comme *citoyen*, il jouit de droits fondamentaux reconnus par notre société et son système de valeurs, ces droits doivent

avoir préséance sur celui de membre du groupe. Le groupe ne peut obtenir de l'énergie de ses membres qu'au travers de la collaboration de ses membres légitimés dans ses droits fondamentaux.

Au centre du système individuel, nous avons intégré les valeurs et la motivation qui représentent les fondements de l'individu.

Les valeurs sont le produit de l'expérience humaine collective, elles ne changent que très lentement c'est plus le regard et l'ordre de priorité qu'on leur apporte qui se modifie. Les « valeurs fondent toujours les choix qui président à l'engagement personnel ou collectif <sup>1</sup> » (p.38).

C. Hull<sup>2</sup> relève l'élément fonctionnel de la motivation, partant du principe que le stimulus environnemental traverse des processus psychologiques tels que; la pensée, la motivation, les

sentiments et l'autorégulation (autoévaluation, autocontrôle, etc..) et s'organise en fonction d'un but désiré par l'organisme, comme par exemple ; vivre des interactions sociales valorisantes qui peuvent motiver à devenir un jour travailleur social

En périphérie nous trouvons les connaissances, les compétences et la collaboration qui constituent les attributs que l'on reconnaît aux membres d'une équipe. Nous faisons un premier postulat comme quoi ; les connaissances, compétences et la collaboration sont grandement influencés par le système de valeur et motivations propre à l'individu.

La connaissance est l'ensemble des notions et principes dans lesquels la personne est baignée durant ses études, des observations ou expériences. Que ces notions ont servi à développer des habiletés spécifiques (Grand dictionnaire terminologique, 2004). Lors du processus d'intégration, la nouvelle notion est confrontée au système interne de valeurs qui peut s'approprier ou rejeter la nouvelle information. Dans le cas d'une appropriation, l'orientation motivationnelle interne la personne peut alors faire cheminer le nouvel acquis vers une expérimentation ou un développement ainsi une compétence.

Autrement dit, si nous regroupons plusieurs étudiants ayant reçu le même enseignement et que nous leur posions la question suivante : appliqueriez-vous ce nouvel acquis?

Nous obtiendrions certainement des réponses aussi diversifiées qu'il y a d'individu, allant du déni jusqu'à l'éloge de la même notion. En fait, la connaissance ne vit que par ce que l'on veut en faire !

Les compétences sont les conséquences de la mobilisation d'une connaissance et de son actualisation. L'actualisation est l'utilisation efficace d'un ensemble de connaissances internes ou de ressources externes dans des situations authentiques d'apprentissage ou dans un contexte

---

<sup>1</sup> Lamoureux, Henri (1996) Le citoyen responsable; L'éthique de l'engagement social, VLB éditeur, Montréal.

professionnel. Quand une personne maîtrise une certaine compétence, nous pouvons dire qu'il a une expertise dans le domaine.

La collaboration est le travail en commun sur un thème précis. La collaboration est, selon nous, le contexte le plus propice à la mobilisation des compétences, pour autant que l'individu perçoive la collaboration comme une opportunité et non comme une concurrence.

### **L'équipe de travail clinique**

Depuis quelques décennies, un consensus commence à voir le jour dans la communauté scientifique au sujet de la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou autiste ; les comportements préjudiciables peuvent avoir des origines causales multiples.

- En retard mental, selon l'importance du déficit, de 6-17% des personnes peuvent présenter des comportements préjudiciables (Gardner, Moffat, 1990). Cependant, les atteintes cognitives et adaptatives (critères diagnostics) ne suffisent pas pour expliquer ces comportements, les troubles de santé physique (75% sont non diagnostiqués ou non traités, Ryan, Sunada, 1997) ou mentale (15-20%, Morin, Méthot, 2003) sont également des causes pouvant produire un comportement préjudiciable.
- En trouble envahissant du développement ; les altérations qualitatives des interactions sociales et de communication ont une implication majeure dans la production de troubles de comportements (80% des comportements inadéquats diminuent avec le développement de l'autonomie et la communication), de plus 75% d'entre eux ont un retard mental associé (Blanchon, 2004) et des troubles de santé physique (épilepsie, traitement sensoriel, trouble métabolique, etc.) rendant plus probable la prévalence de comportements préjudiciables.

Cette situation a obligé les dispensateurs de services de l'ensemble du réseau de santé à repenser leur programmation de services. Zarfes (1998), qui a produit une étude auprès de la clientèle ayant un retard mental associé à un trouble de santé mentale, recommande la création d'une meilleure

---

<sup>2</sup> Hull, Clark. (1943). Principles of Behavior. New York: Appleton-Century-Crofts

coordination entre les réseaux des services. Dès lors, il devient impensable qu'une seule personne ou profession puisse analyser et répondre au problème dans sa globalité, d'où la nécessité de créer des équipes multisectorielles d'expertises. Mais avant de parler d'équipe, il nous semble nécessaire de revenir à notre premier niveau, l'individu comme membre participant.

Les professionnels du réseau pratiquent dans un environnement qui se transforme en profondeur et rapidement, cet environnement privilégie le regroupement de professionnels en équipe de travail afin de mieux répondre à la nouvelle complexité des problématiques.

Selon Brunet (1978), le modèle de collaboration globale implique, du moins à son degré le plus poussé, que chaque professionnel ou chaque groupe reconnaisse que seul, il ne peut pas donner entière satisfaction au client, que celui-ci soit un individu, un groupe ou une population dans son ensemble. Il faut l'intervention conjointe de plusieurs disciplines pour une action efficace et complète. À la limite, un tel modèle implique que l'action globale de tous offre une meilleure garantie de succès et de qualité que l'action parallèle de chacun. Une telle vision amène les membres de l'équipe à planifier, déterminer les priorités, programmer et décider des interventions communes, sans nier évidemment la part d'expertise que chacun apporte<sup>3</sup>.

Pour les professionnels, la collaboration en équipe multisectorielle nécessite un changement de paradigme vers une philosophie de groupe sans pour autant oublier l'individu. La notion de « groupe de travail » se réfère à un regroupement de personnes créé formellement autour d'un objectif commun. L'équipe est donc formée dans une perspective temporaire appelée à se dissoudre à plus ou moins long terme. Le processus de groupe traite des énergies humaines et le résultat que l'on obtient dans les produits du groupe est l'héritage de ce processus. Donc, l'unité

---

<sup>3</sup> Brunet, M., (1978), Le professionnalisme, obstacle au changement social ; un cas type : l'équipe multidisciplinaire en santé, Recherches sociographiques, 19 (2), Mai – août, 261 - 269.

énergétique de l'équipe, le membre, ne peut faire le transfert que dans le partage de ses connaissances et compétences individuelles et ceci uniquement dans un processus de collaboration. En 1799, Pestalozzi, pédagogue suisse, disait: un élève ne sait qu'à moitié ce qu'il sait tant qu'il n'est pas allé faire profiter de son savoir un ou deux camarades en difficultés. Voici une philosophie qui devrait remettre en perspective notre illusion du sacro-saint savoir attribué à un seul individu. Nous pensons donc que seul le partage du savoir dans un groupe peut confirmer ce savoir.

Comme toutes les équipes de travail, l'équipe d'expertise fonctionne selon de normes nécessaires pour produire et concrétiser cet héritage, nous faisons référence ici aux règles, buts, mécanismes de prise de décision et d'échange de l'information. Cependant, les problématiques cliniques graves ont un impact négatif important sur l'environnement (parent, intervenant direct), qui observe ou subit ces conduites mal adaptées.

Par exemple, les intervenants d'une classe d'école qui doivent gérer un succession d'impacts négatifs produits par de tels comportements auront, malgré leur volonté d'offrir ce qu'il y a de mieux pour l'élève, des difficultés à maintenir leur motivation afin de poursuivre leur implication de manière positive auprès de cet enfant, leur système de valeurs ayant été grandement confronté. Cela a souvent pour conséquence l'isolement de cet élève.

C'est pourquoi nous proposons un schéma comprenant en son centre ; le soutien mutuel, le partage d'un sens commun et un système intégré des savoirs.

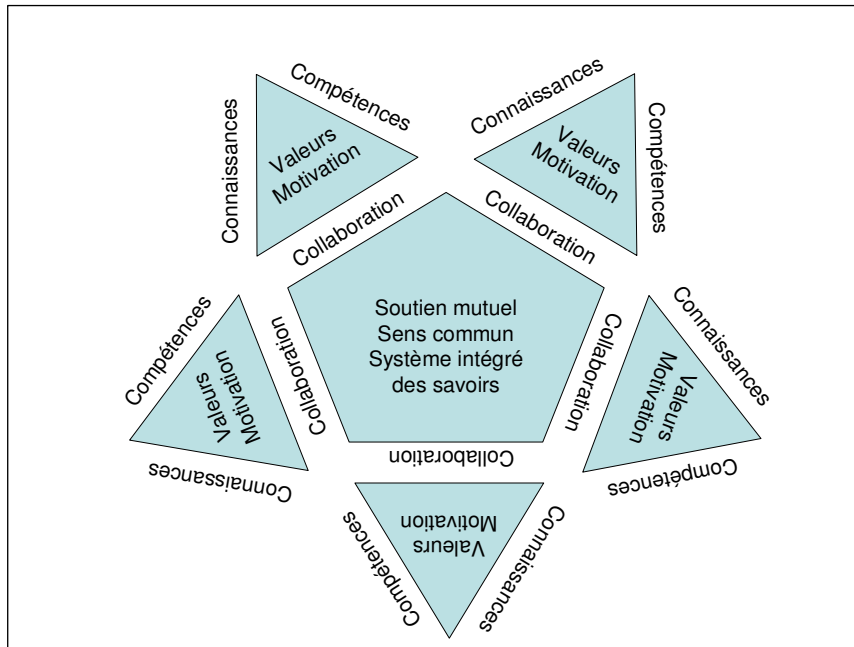


Figure 2. L'équipe de travail communes<sup>4</sup> (cf. annexe 2).

Le **soutien mutuel** est une variante de l'aide mutuelle bien connue des travailleurs sociaux de groupe des années 70. Selon Schwartz (1969) et Shulman (1979) l'aide mutuelle est un mécanisme par lequel les membres se soutiennent pour travailler à des tâches

Dans notre cas, la tâche commune s'exprime dans un cadre d'expertise clinique pour une personne ayant des comportements perturbateurs complexes ayant des impacts majeur sur son environnement et regroupe donc soit des professionnels ou intervenants directement impliqués auprès de cette personne (parent, éducateur, etc.).

Par le biais de soutien mutuel nous recherchons à produire une collaboration interactive entre tous les membres du groupe susceptible de donner et de recevoir des compétences individuelles.

Dans ce contexte le travailleur social pourrait assumer une fonction de mobilisateur des forces du groupe et faire émerger un processus de soutien mutuel comme force centrale dans le mécanisme de travail clinique de groupe. Ce processus, quoique potentiellement présent dans tout les groupes, ne s'y manifeste pas automatiquement (Shulman, 1979). Il doit être facilité par certaines

<sup>4</sup> Home, A., Darveau - Fournier, L., (1980), La spécificité du service social des groupes, Service social, Vol. 29. N. 1 et 2, Janvier -juin 1980, 16 - 31.

conditions ambiantes, telles que l'acceptation des membres entre eux, le désir et capacité à collaborer et leur engagement à poursuivre le même objectif ou le même sens commun.

Le **sens commun** selon la définition du grand dictionnaire de terminologie est ; la capacité de bien juger, de prendre des décisions et d'agir raisonnablement, partagé par l'ensemble des personnes d'une société donnée, en fonction des opinions qui y sont dominantes. Nous pensons que cette définition parle d'elle-même, dans le cadre d'une équipe mobilisée autour d'une problématique, le sens commun fait appel à la participation consensuelle de l'ensemble de ses membres vers un but commun.

Le fait de se retrouver en groupe et de travailler à une cause commune favorise, chez le membre, le soutien mutuel et le partage d'expériences tout particulièrement quand ceux-ci perçoivent le groupe comme une opportunité de clarifier les attentes, d'obtenir de nouvelles compétences tout transmettant les siennes dans un système intégré des savoirs.

La valorisation d'un **système intégré des savoirs** est la conséquence d'un décloisonnement des connaissances, donc des compétences spécifiques. Notre but est de promouvoir le dépassement des frontières des pratiques et de promouvoir le partage des pratiques exemplaires de tous les champs d'expertises. Selon nous, le savoir n'a de lieu d'être que s'il est partagé.

Même si chaque intervenant a une identité professionnelle propre qui détermine ses attentes et qu'il peut détenir des réponses quant aux besoins réels de la personne, ce processus d'analyse reste partiel c'est pourquoi l'intervention en équipe doit transcender ce cloisonnement vers une dynamique d'expertise partagée.

Plusieurs auteurs comme Jérôme Guay (1998) suggèrent la transdisciplinarité comme processus de décloisonnement des diverses disciplines et intégration des différentes expertises vers une nouvelle discipline qui transcende les disciplines originelles. Le travail en équipe est fréquemment utilisé par plusieurs disciplines professionnelles, par contre il n'est pas rare

d'assister à des échanges de compétences unilatérales. L'unification des méthodes est dès lors questionnable. Il reste encore passablement de chemin à parcourir afin d'obtenir cette nouvelle discipline telle que décrite par J. Guay. Prioritairement il faut cibler des changements au niveau des valeurs et motivations chez chaque professionnel en favorisant les réussites comme membre d'une équipe clinique hétérogène.

En espérant que le travailleur social comme membre d'une équipe de travail clinique puisse par ses compétences développer le soutien mutuel entre tous les participants il n'en demeure pas moins qu'il doit tenir compte d'éléments environnementaux qui exercent également une certaine pression sur le groupe, nous faisons allusion ici aux recommandations faites par l'institution publique. Dans ce contexte de position pivot, entre les dispensateurs de services et la personne en besoin, le travailleur social peut aussi exercer un rôle de catalyseur.

### **Le professionnel est devenu un catalyseur**

En tant que professionnels des sciences humaines, nous sommes au carrefour des problèmes sociaux, entre la réalité de la personne en besoins, son environnement et la communauté. Dans cette position, le professionnel peut vivre des doubles contraintes dans la mission qu'on lui donne entre l'application des politiques sociales et la réalité socioéconomique en place. Par exemple, il est important qu'une personne en difficulté puisse participer à la vie communautaire mais il est impensable d'intégrer une personne qui n'est pas productive dans une société d'économie de marché. Le professionnel est alors appelé à absorber les besoins de la personne et les exigences de l'environnement pour les transformer (catalyser) vers une situation médiane toujours favorable au développement et à la qualité de vie de la personne.

Voici notre premier niveau de complexité, nous devons exercer notre mandat dans un cadre présentant plusieurs déterminants souvent antagonistes, d'un côté les organismes sociaux (regroupement de parents, institutions, associations lucratives ou non) et de l'autre, les politiques.

Brièvement, les organismes sociaux exercent une fonction de groupe de pression pour faire cheminer les demandes vers les acteurs politiques et de ce fait, ce sont nos partenaires dans le processus de signalement d'une problématique.

À leur tour, les acteurs politiques reçoivent les demandes, les traitent et publient des orientations ou des lois en réponse à la demande initiale. Dans ce processus la description de la problématique ainsi que les solutions suggérées évoluent selon la conjoncture.

Une fois les demandes traitées par les acteurs politiques, notre mandat de professionnel et nos services seront empreints des orientations prises par ceux-ci et les organismes sociaux seront alors nos partenaires pour l'application des orientations politiques en terme de services.

Notre rôle est central dans ce processus, selon nous il représente une fonction de catalyseur en tant que centre de traitement qui reçoit simultanément la demande originale (problématique d'une personne) et les exigences sociétales (mandat social). C'est principalement dans ce processus que le professionnel devra faire des compromis, en présence de problématiques graves (dangereuses pour la personne en besoin ou son environnement) le poids de ces compromis peut paraître insurmontable si nous ne pouvons les partager avec une équipe. Le soutien mutuel entre les membres commence déjà à prendre sens.

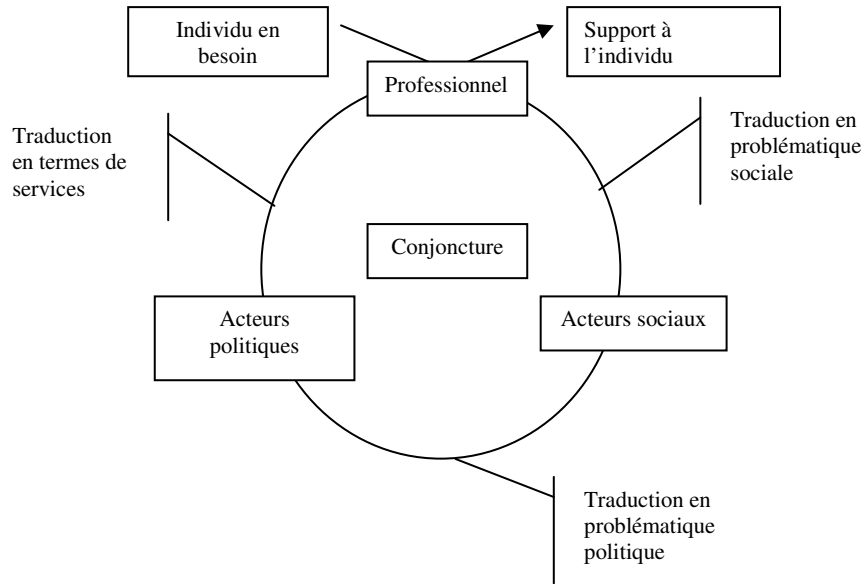


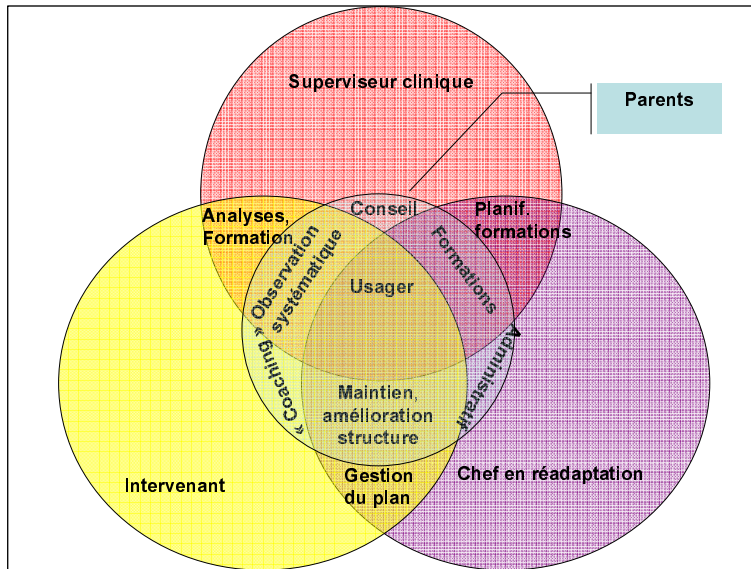
Figure 3. Schéma de traduction du besoin social en action sociale

Enfin, qui devrait participer à une équipe de travail clinique ? L'ensemble des personnes ressources pour la problématique qui y est traitée, c'est-à-dire des professionnels et des intervenants directs (parents, éducateurs, bénévoles, etc.).

Il est important d'approfondir cette collaboration. Pour l'instant nous vous proposons une représentation graphique des interconnexions possibles entre professionnels et parents dans une consultation CAP<sup>5</sup> avec une organisation en forme de soutien mutuel.

Nous attirons votre attention sur le fait que dans la figure 4 nous avons situé les parents, ou référence de milieu de vie, au centre de notre schéma, ce qui veut dire qu'ils devraient pouvoir collaborer et recevoir des services de l'ensemble des professionnels et gestionnaires qui gravitent autour de la personne dont ils ont la charge, en adéquation avec leur rôle de partenaire.

<sup>5</sup> CAP est l'acronyme de Comprendre, agir et prévenir utilisé dans ma pratique privée; cela rappelle l'intervention en interdépendance entre le thérapeute et le client, il est indispensable de bien comprendre les motivations de la



Le parent est dès lors bien considéré comme un co-thérapeute à part entière, ce qui n'est pas nouveau. Cependant, dans la situation complexe qui nous concerne, il est nécessaire de réviser notre perception de ce rôle. Le parent n'est plus le simple prolongement du bras

éducatif qui poursuit, tant bien que mal, les interventions quand l'intervenant spécialisé n'est pas en présence. Il fait parti du système d'intervention et à ce titre, il a un accès direct au superviseur clinique pour obtenir de la **supervision individualisée** et au chef de service pour **obtenir de la formation** subventionnée selon les besoins. Cette nouvelle nomenclature a demandé un certain effort aux organismes pour l'accepter et la mettre en place. Dans ce contexte, la présence d'un professionnel « catalyseur » favorise le processus en traitant les valeurs et attentes des deux systèmes – famille et institution – pour en faire qu'une seule entité clinique qui se soutienne.

Selon Pierre JC Allard : « Il était temps qu'on apprenne l'humilité, parce que la somme des connaissances commençait à augmenter sérieusement. Aujourd'hui, on estime que la masse de nos connaissances double à peu près tous les douze ans... L'homme universel est donc parti rejoindre le Neandertal et, paradoxalement, chacun de nous devient chaque jour plus ignorant puisque l'ensemble de ce qu'il ignore croît bien plus vite que ce qu'il lui est possible d'apprendre ».

---

personne avant de pouvoir agir avec elle selon ses habiletés et difficultés, et en aucun cas la prévention ne peut être laissée de côté.

## **Conclusion**

Devant la situation du système de santé actuel, l'absentéisme professionnel, l'épuisement des familles ayant un enfant avec des comportements préjudiciables, la dispersion ou sur spécialisation des ressources, il est plus qu'approprié de travailler en équipe clinique multisectorielle et d'en faire la promotion dans un processus de soutien mutuel. Nous sommes convaincus que le soutien mutuel produira suffisamment d'énergie humaine pour rendre notre travail captivant tout en développant une expertise de service sans limite.

Bonne collaboration clinique !

## **Bibliographie**

BERNARD – CHARRON, S. (1980), Description et utilisation du contrat en service social des groupes, In. Service social, L'École de service social, Université de Laval, Québec, Canada, Janvier - juin 1980, Vol. 29, N. 1 et 2, pp 61-205.

BLANCHON, Y.C., M.D, Ph. D. L'autisme infantile et les troubles apparentés. Faculté de médecine de ST-Étienne.

BRUNET, M. (1978), Le professionnalisme, obstacle au changement social ; un cas type : l'équipe multidisciplinaire en santé, Recherches sociographiques, 19 (2), Mai – août, 261 - 269.

Consortium CCPE - ASMC (1996), Rapport sur les troubles graves du comportement chez les personnes handicapées, Présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

GUAY, J. (1998), L'intervention clinique communautaire, In. May L., (2002), Groupe et interdisciplinarité, Centre hospitalier ambulatoire région de Laval, CHARL, Laval Québec

HOME, A., DARVEAU-FOURNIER, L., (1980), La spécificité du service social des groupes, In. Service social, L'École de service social, Université de Laval, Québec, Canada, Janvier - juin 1980, Vol. 29, N. 1 et 2, pp 16-31.

HULL CLARK, Leonard. (1943). Principles of behavior: An introduction to behavior theory. New York: Appleton-Century-Crofts

L'ABBÉ Y., MORIN D. (1992), L'analyse du comportement : Une approche évaluative multidimensionnelle, Deuxième édition, Behaviora, Eastmann, Québec.

L'ABBÉ Y., MORIN D. (1999), Comportements agressifs et retard mentale ; Compréhension et intervention. Behaviora, Eastmann, Québec.

LAMOUREUX, Henri (1996) Le citoyen responsable; L'éthique de l'engagement social, VLB éditeur, Montréal.

LANDRY, S. (1977), Le groupe de tâche et sa psychologie, In. May L., (2002), Groupe et interdisciplinarité, Centre hospitalier ambulatoire région de Laval, CHARL, Laval Québec

MASLACH, C., Jackson S. E., Leiter M. P., (1996), Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alton, California.

MAY, L., (2002), Groupe et interdisciplinarité, Centre hospitalier ambulatoire région de Laval, CHARL, Laval Québec.

MORIN, D., MÉTHOT, S. (2003), in. TASSÉ, M.J., MORIN, D., La déficience Intellectuelle, Gaëtan morin éditeur, Boucherville, Québec.

POKRZWINSKI, K., POWELL, R. (2003), A Brief Review of Systems-Level Issues in Behavior Support Plan Adherence, The NADD Bulletin, November/December 2003, Vol. 6, N. 6, pp 101-111.

PRONOVOST, L. et BEAUCHESNE, A. (1990), Le petit groupe d'apprentissage comme formule pédagogique, Édition du CRP, Université de Sherbrooke, p. 99

RYAN, R. (2001), Handbook of Mental Health Care for Persons with Developmental Disabilities, Diverse City Press, Canada.

ROGÉ, B. (2003), Autisme, comprendre et agir: Santé, éducation, insertion, Dunod, Paris, France.

VADEBONCOEUR, D., (1980), Le programme d'activité en service social des groupes, In. Service social, L'École de service social, Université de Laval, Québec, Canada, Janvier - juin 1980, Vol. 29, N. 1 et 2, pp 32-60.



## **2. Activité : introduction au travail d'équipe**

### **Suis-je dans le vrai ou dans le faux ?**

- Ma première perception de la situation :
- Ma façon d'intervenir pour répondre à la demande :
- Les rôles que je peux exercer :
- Mes intérêts à intervenir, mes compétences, mon expérience :
- Mes conditions de travail :

### **Votre vérité**

- Votre première perception de la situation :
- Votre façon de recevoir pour répondre à vos attentes :
- Les rôles que vous pouvez exercer :
- Vos intérêts à recevoir, vos compétences, votre expérience :
- Vos conditions de travail:

### **Collaboration**

- Mon rôle comme travailleur social.
- Le rôle des autres membres.

### **Décisions**

- Avons-nous mutuellement l'intention de poursuivre la démarche ? [ ] oui [ ] non
- Si la réponse est non:
  - Mettons-nous fin à notre démarche ? [ ] oui [ ] non
  - Est-il pertinent d'examiner d'autres alternatives? [ ] oui [ ] non
- La fréquence des rencontres est : \_\_\_\_\_
- Le contenu de ces rencontres est composé de: \_\_\_\_\_
- Des liens de communication sont établis: \_\_\_\_\_

### **Cadre du groupe de travail**

- But
- Objectifs généraux
- Objectifs spécifiques
- Contenu et moyens
- Démarche privilégiée
- Proposition des rencontres