

# INTERVENTION

## LES TRANSFERTS DE CONNAISSANCES DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE CLINIQUE



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

**L'HUMAIN.** AVANT TOUT.

**COMITÉ DE LA REVUE**

Valérie Roy, T.S., présidente  
Martine Beaulieu, T.S.  
Éric Couto, T.S.  
Célyne Lalande, étudiante associée

Isabelle Magnan, T.S.  
Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.  
Marie Sénécal Émond, T.S.  
Luc Trottier, membre *ex-officio*

**PERSONNES-RESSOURCES**

Claude Larivière, T.S., coordonnateur  
Isabelle Tessier, secrétaire  
Lucie Borne, secrétaire  
Luc Trottier, directeur des communications

Denise Bernard, T.S. indexation  
Muriel Dérogis, réviseuse linguistique  
Lithographie SB, montage et impression

La revue *Intervention* est indexée dans *Repère*, *DOCUmensa*,  
*Index de la Santé et des Services sociaux* et dans *Social Services Abstracts*

NB – Les articles publiés dans cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et n'expriment pas nécessairement les points de vue de l'Ordre. La reproduction en tout ou en partie du contenu de cette revue est permise à la condition d'en mentionner la source.

N.B. – Articles in this publication are the sole responsibility of their authors and not of the Ordre. Reproduction, in whole or in part, of the contents of this magazine is allowed only if the source is mentioned.

**CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC 2013-2014 ET EMPLOYÉS DU SIÈGE SOCIAL****LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
SECTEUR TRAVAIL SOCIAL**

**Région 01/11 - Bas-St-Laurent/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine**  
Pierre-Paul Malenfant, T.S.

**Région 02 - Saguenay/Lac-Saint-Jean**  
Danièle Tremblay, T.S.

**Région 03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches**  
Lucie D'Anjou, T.S.  
Marie-Josée Dupuis, T.S.  
Serge Turcotte, T.S.

**Région 04/17 - Mauricie/Centre-du-Québec**  
Claude Leblond, T.S.

**Région 05 - Estrie**  
Claudette Guilmaine, T.S.

**Région 06/13 - Montréal/Laval**  
Louise Couture, T.S.  
Alain Fredet, T.S.  
Mary-Dave Guiateu, T.S.  
Marie-Andrée Laramée, T.S.  
Suzanne Thibodeau-Gervais, T.S.  
Tommy Yaun, T.S.

**Région 07 - Outaouais**  
Guylaine Ouimette, T.S.

**Région 08/10 - Abitibi/Témiscamingue/Nord-du-Québec**  
Rolande Hébert, T.S., T.C.F.

**Région 09 - Côte-Nord**  
Stéphane Verret, T.S.

**Région 14/15 - Lanaudière/Laurentides**  
Madeleine Laprise, T.S.

**Région 16 - Montérégie**  
Rachel Bonneau, T.S.  
Sonia Gilbert, T.S.

**SECTEUR THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE**  
Sylvain Nadeau, T.C.F.

**Membres externes nommés par l'Office des professions**  
Denis Bruneau  
Claire Denis  
Jacques Carl Morin  
Rollande Parent

**COMITÉ EXÉCUTIF**

Claude Leblond, T.S., président  
Sonia Gilbert, T.S., 1<sup>er</sup> vice-président  
Rolande Hébert, T.S., T.C.F., 2<sup>e</sup> vice-présidente  
Serge Turcotte, T.S., trésorier  
Jacques Carl Morin, membre nommé par l'Office des professions du Québec

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec —  
Bibliothèque et Archives Canada — ISSN 0713-4290  
Poste publication convention 1502662

**LE PERSONNEL DU SIÈGE SOCIAL**

Président  
Assistante à la présidence

**Direction générale**  
Secrétaire et directrice générale  
Assistante de direction  
Secrétaire

**Direction des services administratifs  
et des technologies de l'information**  
Directrice  
Secrétaire administrative  
Technicienne en administration  
Commis intermédiaire  
Agent de service à la clientèle  
Réceptionniste

**Service des communications et publications**  
Directeur  
Agente de communication  
Secrétaire  
Coordonnateur de la revue *Intervention*  
Secrétaire

**Direction du développement professionnel**  
Directrice  
Assistante de direction  
Chargée d'affaires professionnelles  
Chargé d'affaires professionnelles  
Chargée d'affaires professionnelles, T.C.F.  
Chargée de projets (contractuelle)  
Chargée de projets (contractuelle)  
Responsable du programme de  
l'inspection professionnelle  
Secrétaire (inspection)  
Secrétaire  
Secrétaire (secteur T.C.F.)  
Secrétaire

**Service juridique**  
Conseiller juridique

**Direction des admissions**  
Directrice  
Agente de recherche (contractuelle)  
Assistante de direction  
Secrétaire (réadmission)  
Secrétaire (admission, médiation familiale)

**Bureau du syndic**  
Syndic  
Syndics adjoints

Secrétaire (bureau du syndic)

**Comité de discipline**  
Secrétaire au conseil de discipline  
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel  
(discipline)

**Comité de révision**  
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel

Claude Leblond, T.S.  
Sara Veilleux

Ghislaine Brosseau, T.S.  
Marie-Cécile Pioger  
Émilie Grégoire

Sylvie Tremblay  
Rose-Myrène Dorival  
Carolina Loyola  
Mélissa Nourry  
David Painchaud  
Colette Dumas

Luc Trottier  
Anouk Boislard  
Lucie Borne  
Claude Larivière, T.S.  
Isabelle Tessier

Natalie Beauregard, T.S.  
Isabelle Poirier  
Marie-Lyne Roc, T.S.  
Alain Hébert, T.S.  
Anne-Marie Veilleux, T.C.F.  
Lyse Gautier, T.S.  
Nicole Picard, T.S.

Jean-Yves Rheault, T.S.  
Johanne Martel  
Tatiana Petrova  
Lucie Robichaud  
Marthe Bernard

Richard Silver, T.S., avocat

Marielle Pauzé, T.S.  
Pauline Morissette, T.S.  
Sylvie Poirier  
Nathalie Fiola  
Carole Piché

Marcel Bonneau, T.S.  
Étienne Calomme, T.S.  
Jacqueline La Brie, T.S.  
Isabelle Lavoie, T.S.  
Joan Simand, T.S.  
Nathalie Fiola

M<sup>e</sup> Maria Gagliardi  
Émilie Grégoire

Johanne Martel

## Éditorial

par Daniel Turcotte, T.S. .... 5

## Présentation

par Claude Larivière, T.S. .... 10

---

## Articles thématiques

**Main dans la main : illustration d'une collaboration réussie entre chercheurs et intervenants**  
par Geneviève Turcotte, Chantal Lavergne, Pauline Morissette, T.S. et Caroline Racicot ..... 13

**L'apport du partenariat recherche-pratique en protection de l'enfance : l'exemple de la redéfinition des services en foyers de groupe**  
par Doris Chateaufort et Sylvie Bilodeau ..... 24

**Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile**  
par Nathalie Delli-Colli, T.S., Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Réjean Hébert et Lise Trottier ..... 33

**Réflexion organisationnelle d'un « travailleur social de recherche » autoproclamé**  
par François Rainville, T.S. .... 45

---

## Articles hors thématique

**La complémentarité et la place de différents types de savoirs dans l'intervention psychosociale en réadaptation physique**  
par Josianne Crête, T.S. .... 48

**Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse**  
par Josée Grenier, T.S. et Josée Chénard, T.S. .... 56

**L'action communautaire en Haïti : enjeux et perspectives**  
par Thierry Casséus et Félix Payen ..... 72

**Contribution du système éducatif au rapport de domination dans la société haïtienne**  
par Réthro Agenor ..... 83

**Les enjeux de la cohabitation entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante**  
par Céline Spira, T.S. .... 94

**Les naissances médicalement et socialement difficiles en milieu hospitalier : évaluer selon un modèle d'intervention de crise**  
par Laure-Élina Bénard, T.S. .... 105

---

## Pistes de lecture

**L'humanitaire. Un univers à réhabiliter**  
sous la direction de Shimbi-Kamba Katchelewa  
Résumé et commenté par André Jacob ..... 115

**L'intégration des services en toxicomanie**  
sous la direction de Michel Landry, Serge Brochu et Catherine Patenaude  
Résumé et commenté par Martine Beaulieu, T.S. .... 117

**Person-Centered Diagnosis and Treatment in Mental Health. A Model for Empowering Clients**  
by Peter D. Ladd and AnnMarie Churchill  
Résumé et commenté par Yves Couturier et Émilie Rousseau-Tremblay, T.S. .... 119

**Méthodologie de l'intervention sociale personnelle**  
sous la direction de Daniel Turcotte, T.S., et Jean-Pierre Deslauriers  
Résumé et commenté par Annie Gusew, T.S. .... 121

**Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action**  
sous la direction de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques, T.S.  
Résumé et commenté par Isabelle Côté, T.S. .... 124

<i>Le passage à l'acte dans la famille</i> sous la direction de <i>Suzanne Léveillé</i> et <i>Julie Lefebvre</i> Résumé et commenté par <i>Normand Brodeur</i> , T.S. ....	127
<i>Des recherches collaboratives en sciences humaines et sociales (SHS) : enjeux, modalités et limites</i> sous la direction de <i>Bruno Bourassa</i> , <i>Mehdi Boudjaoui</i> , avec la collaboration d' <i>Isabelle Skakni</i> Résumé et commenté par <i>Claude Larivière</i> , T.S. ....	130
<i>La pratique de l'action communautaire - 3e édition</i> par <i>Jocelyne Lavoie</i> et <i>Jean Panet-Raymond</i> Résumé et commenté par <i>Alain Hébert</i> , T.S. ....	132
<b>Politique éditoriale</b> .....	134
<b>Editorial Policy</b> .....	135



Daniel Turcotte, Ph. D., T.S.

## Les transferts de connaissances entre la recherche et la pratique clinique

Les transferts de connaissances entre la recherche et la pratique clinique est un sujet qui alimente les discussions depuis fort longtemps en travail social. Déjà, en 1922, dans son ouvrage *What is Social Casework?*, Mary Richmond signalait l'importance de la recherche pour guider la pratique. Mais son appel en faveur d'une approche plus scientifique du travail social n'a pas toujours reçu l'attention souhaitée, même si le sujet est toujours demeuré présent dans l'histoire de la profession. Ainsi, au début des années 1960, la pertinence de fournir une formation en recherche aux intervenantes sociales<sup>1</sup> faisait l'objet de débats, alors que vers le milieu des années 1970, l'enjeu principal s'est déplacé autour de l'utilisation de la recherche dans l'enseignement et l'intervention en service social (Rubin et Rosenblatt, 1984). Avec l'émergence, à la fin des années 1990, de l'approche basée sur des données probantes, la référence aux données de recherche comme fondements de l'action est devenue un incontournable pour plusieurs observateurs. Néanmoins, l'examen de la pratique quotidienne du travail social laisse toujours l'impression que recherche et intervention s'inscrivent dans deux univers distincts, et ce, en dépit d'efforts soutenus dans certains milieux pour faciliter l'accessibilité aux données de recherche (Shera et Dill, 2012).

Pour certains, cette situation a un caractère particulièrement préoccupant puisque plusieurs disciplines professionnelles comme la médecine, le *nursing* et la psychologie se sont engagées sur la voie de la pratique basée sur des données probantes. Mais, pour d'autres, il n'y a pas matière à s'inquiéter, car la préservation d'une saine distance entre recherche et intervention est une condition essentielle au maintien de la créativité, du sens critique et de l'originalité dans la pratique, bref un rempart contre l'homogénéisation de la pratique (McCoyd, Johnson, Munch et LaSala, 2009). Pour tenter de voir plus clair dans les rapports actuels entre l'univers de la recherche et celui de l'intervention, trois sujets seront brièvement abordés. Ils portent sur l'insistance de certains observateurs à privilégier l'utilisation des données de recherche dans l'intervention, les fondements actuels des décisions professionnelles des travailleuses sociales et les diverses positions en regard de la pratique basée sur des données probantes. En conclusion, quelques pistes susceptibles d'ouvrir sur des changements dans les rapports entre la recherche et la pratique seront explorées.

### L'insistance sur l'utilisation des données de recherche

Pourquoi est-il aussi important aux yeux de certains observateurs que les travailleuses sociales s'appuient sur les résultats de la recherche pour planifier et réaliser leurs interventions? Certains seront sans doute tentés de répondre que ces observateurs sont principalement motivés par le désir d'alimenter le sentiment d'utilité sociale des chercheurs, puisque c'est principalement des milieux universitaires qu'émane cette pression à l'utilisation des données de recherche. Mais cette explication, bien qu'elle puisse contenir une part de vérité, serait un peu simpliste. L'explication tient surtout à l'attente, tant chez les décideurs politiques, les gestionnaires d'organismes et les usagers des services, que les actions effectuées par les professionnels représentent la meilleure option possible pour venir en aide aux personnes en difficulté. Or, le choix d'une meilleure option ne peut se faire qu'après avoir passé en revue un ensemble de possibilités et sélectionner, sur la base d'informations valides, celle qui est la plus appropriée à la situation. Il s'agit là d'un processus qui rejoint

la pratique basée sur des données probantes, laquelle peut être définie comme une démarche qui conduit à déterminer son plan d'action en reproduisant ou en transposant des interventions qui, sur la base d'évaluations rigoureuses, se sont révélées efficaces (Shera et Dill, 2012). En misant sur des connaissances élaborées selon une méthodologie conforme aux critères de scientificité, le processus de prise de décision privilégié dans la pratique basée sur des données probantes se présente comme une solution alternative aux décisions basées sur des critères arbitraires tels l'autorité, le consensus, la tradition, la popularité ou l'expérience (Gambrill, 2011).

Dans un contexte caractérisé par une augmentation continue des recherches sur l'efficacité relative de différentes modalités d'intervention et, avec le développement des technologies de l'information, par une accessibilité accrue de ces recherches, la population s'attend à ce que les professionnelles appuient leurs décisions sur des assises scientifiques solides. Or, ce n'est pas nécessairement le cas en travail social.

### Les fondements des décisions professionnelles

Certains travaux sur les fondements des pratiques professionnelles en travail social suggèrent que les résultats de recherche viennent en fin de liste des sources sur lesquelles s'appuient les travailleuses sociales au moment de l'élaboration de leur plan d'intervention. C'est davantage en s'inspirant des modèles de pratique qui jouissent de popularité, en s'appuyant sur les façons de faire traditionnelles, en misant sur les suggestions de leurs collègues et en puisant dans leur propre expérience de pratique que les professionnelles prennent leurs décisions (Chaffin et Friedrich, 2004). Sans être inadéquates, plusieurs de ces sources d'information ont comme limite de ne pas avoir fait la preuve formelle de leur efficacité, ce qui peut se traduire par la mise en place de services qui sont inefficaces, voire iatrogéniques (Pignotti et Thyer, 2009). Comme le mentionne Gray (2001), lorsque les plans d'intervention ne s'appuient pas sur des bases solides, quatre scénarios peuvent se produire : 1) des interventions inefficaces sont mises en place; 2) des interventions qui sont plus dommageables que bénéfiques sont réalisées; 3) des interventions qui pourraient se révéler bénéfiques ne sont pas utilisées; et 4) des interventions qui sont inefficaces ou dommageables ne sont pas arrêtées.

Privilégier une pratique basée sur des données probantes ne signifie pas pour autant la mise à l'écart des connaissances expérientielles acquises au fil de l'expérience professionnelle ou des préférences exprimées par le client. Les connaissances tirées de la recherche, les valeurs, les préférences et les attentes du client de même que l'expertise du professionnel doivent être prises en compte de façon combinée au moment de la détermination du plan d'intervention. D'ailleurs, certains auteurs suggèrent que l'expression « pratique basée sur des données probantes » (*evidence-based practice*) soit remplacée par « pratique éclairée par des données probantes » (*informed-based practice*) (Nevo et Slonim-Nevo, 2011), « pratique guidée par des données probantes » (*evidence guided practice*) (Gitterman et Knight, 2013) ou modèle multidimensionnel de la pratique basée sur des données probantes (*multidimensional evidence-based practice model*) (Petr et Walter, 2009) pour mieux refléter l'importance de combiner les perspectives de la recherche, du professionnel et des usagers.

Mais il n'y a pas que les sources d'information à la base du plan d'intervention qui sont en cause. La nature même du processus de prise de décision des professionnelles entre en jeu dans la difficulté d'introduire les données de recherche dans la pratique. Alors que la pratique basée sur des données probantes s'appuie sur le postulat que les décisions cliniques s'inscrivent dans un processus rationnel de prise de décision, processus caractérisé par l'identification du problème, l'examen de l'éventail des options possibles et le choix d'une solution après avoir apprécié les faiblesses et les forces de chacune des options, les observations en situation réelle révèlent une démarche fort différente. Devant une décision à prendre, les professionnelles vont plutôt s'appuyer sur des situations antérieures qui présentent plus ou moins de similitudes avec la situation présente et elles vont privilégier une solution déjà utilisée qui s'est révélée satisfaisante. Face à une situation inédite, pour laquelle elles n'ont pas de référence, elles vont consulter un collègue de confiance, qui

va lui-même puiser dans son propre répertoire d'expériences pour suggérer une solution. Cette modélisation du processus de prise de décision utilisé en situation réelle laisse donc transparaître que la prise en considération des données de recherche ne s'inscrit pas naturellement dans la démarche d'élaboration du plan d'intervention des travailleuses sociales. Mais il ne s'agit pas du seul obstacle qui se dresse entre la recherche et l'intervention.

### **Les positions en regard de la pratique basée sur des données probantes**

La faible pénétration des résultats de recherche dans l'univers de l'intervention a été examinée à la fois du point de vue des milieux de la recherche et des milieux d'intervention. Reconnaissant l'inaccessibilité de certains de leurs travaux et la méconnaissance de leurs activités, les milieux de la recherche ont fait ces dernières années des efforts considérables pour tenter de diffuser plus largement leurs résultats et ont intensifié leurs travaux en matière de transfert des connaissances (Larrivée, Hamelin, Brabant et Lessard, 2012). L'identification de plusieurs entraves à l'utilisation des connaissances résulte de ces efforts. Certaines sont reliées à la nature des résultats de la recherche (faible qualité, manque de pertinence), d'autres aux efforts de diffusion (manque d'accessibilité au moment opportun, compétences insuffisantes pour juger de la valeur des recherches, difficulté de se maintenir à jour), à la position de l'intervenante (fermeture concernant la recherche) et au contexte organisationnel (absence d'incitatif, ressources insuffisantes, absence de leadership) (Larrivée et al., 2012). Selon Yunon et Fengshi (2009), trois conditions sont nécessaires pour que la recherche obtienne véritablement un rayonnement dans la pratique : 1) celle-ci doit être pertinente pour les intervenantes; ces dernières 2) doivent disposer de temps et des ressources suffisantes pour s'y attarder; et 3) peuvent retirer de l'utilisation des résultats de recherche des avantages qui dépassent les coûts qu'elle comporte. En d'autres mots, il doit y avoir un bénéfice à cet exercice. Or, ce n'est pas toujours le cas puisque la transformation des résultats de recherche en actions opérationnalisées dans un plan d'intervention est un exercice exigeant. Néanmoins, le portrait n'est pas aussi sombre qu'il n'y paraît de prime abord.

À mon avis, deux avenues peuvent être empruntées pour poursuivre le rapprochement entre la recherche et l'intervention. La première consiste à distinguer les types de connaissances en fonction de leur utilité pour la pratique. La seconde passe par une augmentation de la circularité des échanges entre la recherche et l'intervention.

À la suite de leur examen des écrits sur l'utilisation des connaissances, Landry et al. (2008) établissent une distinction entre les connaissances d'ordre conceptuel, instrumental ou symbolique. Les premières fournissent un cadre de réflexion et d'analyse. Les secondes établissent des repères pour apporter des solutions ou des réponses à des problèmes concrets. Les connaissances symboliques sont utilisées à des fins politiques ou stratégiques pour légitimer les prises de décision. Faisant référence spécifiquement à la réalité de l'intervention sociale, O'Hare (2009) propose une typologie des connaissances en mentionnant que, pour structurer leurs actions, les intervenantes sociales doivent prendre appui sur des croyances et des connaissances relatives à trois sujets : 1) le comportement humain; 2) les processus de changement; et 3) les habiletés, les techniques et les stratégies adéquates pour guider les processus de changement.

Ces typologies mettent en évidence qu'il est nécessaire de miser sur différentes connaissances pour établir les fondements de l'intervention. Il n'est pas suffisant d'avoir accès à des données instrumentales qui distinguent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans un contexte particulier, il faut posséder également des connaissances conceptuelles pour analyser les situations et se référer à des théories explicatives du comportement humain pour cerner la logique interne des modalités d'intervention qui sont efficaces. Les connaissances conceptuelles et les théories sur les processus de changement, qui sont généralement associées à la recherche fondamentale, sont plus facilement accessibles en raison de leur caractère générique. Il s'agit d'ailleurs des connaissances qui sont le plus souvent abordées dans les programmes de formation. Les recherches sur des problèmes sociaux comme la maltraitance, la violence, le deuil, les dépendances, le désengagement au sein des communautés sont autant d'exemples de travaux qui débouchent sur la production

de connaissances conceptuelles. Selon Hemsley-Brown (2004), les connaissances conceptuelles répondent davantage aux préoccupations des chercheurs qu'à celles des gestionnaires et des intervenantes, car ceux-ci ont tendance à évaluer la pertinence de la recherche par sa capacité à résoudre des problèmes d'ordre fonctionnel; ils sont donc davantage intéressés par les connaissances instrumentales.

Ce dernier type de connaissances, qui répond au besoin de déterminer les habiletés, les techniques et les stratégies adéquates pour guider les processus de changement, correspond à la perspective de l'approche basée sur des données probantes. Bien qu'elles augmentent régulièrement – voir les travaux réalisés par des organismes comme Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) et Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)) –, ces connaissances demeurent néanmoins limitées en travail social (Fraser, 2004) et le réflexe de s'y référer n'est pas encore très développé (Shera et Dill, 2012). Même dans les milieux de formation, les modèles, les stratégies et les techniques d'intervention qui sont enseignés s'inspirent parfois davantage de la tradition en service social et de la sagesse de pratique que des données récentes issues de la recherche et de l'évaluation de programmes.

### **En conclusion**

Il y a un besoin, voire une nécessité, de développer les connaissances sur les modalités d'intervention qui sont les plus pertinentes pour intervenir sur différents problèmes sociaux en fonction de contextes d'intervention particuliers. Mais le développement de ces connaissances ne doit pas être laissé à la seule initiative des chercheurs; il doit se faire dans une dynamique de collaboration basée sur un partage des expertises entre les intervenantes, les usagers et les chercheurs. Les premières peuvent contribuer à partir de leurs analyses et de leurs réflexions sur les processus et les effets des interventions. Les usagers sont en mesure de fournir un apport majeur en exprimant leur appréciation des services qui leur sont offerts. Pour leur part, les chercheurs peuvent établir les balises méthodologiques pour assurer un examen rigoureux et systématique des interventions et faciliter la prise en compte d'effets prévus au départ.

Dans cet exercice de développement des connaissances, il faut que le partenariat entre les chercheurs et les acteurs des milieux de pratique dépasse la consultation et qu'il se traduise par une véritable collaboration entre ces deux univers (McLaughlin, 2006). Cette collaboration doit reconnaître l'apport spécifique de l'un et l'autre car, dans la tradition du service social, avec son accent sur le respect du client et le développement de relations égalitaires, il est nécessaire que les données probantes proviennent de sources multiples : recherche traditionnelle, études de cas, rapports d'intervention, réflexions cliniques, appréciation des usagers, etc. (Mazza, 2008).

Dans le contexte actuel, les travailleurs sociaux ne peuvent plus se permettre de se définir seulement comme des professionnels compétents qui agissent de façon éthique, responsable et engagée. Ils doivent soutenir le développement de connaissances sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour justifier la pertinence de leurs actions. Cette attitude implique la maîtrise de compétences minimales pour interroger la valeur des résultats de recherche qui leur sont transmis et pour s'engager activement dans des activités de recherche sur leurs pratiques (Dominelli, 2009). Mais elle exige également la mise en place de conditions organisationnelles qui facilitent la participation au développement des connaissances et favorisent le transfert et la mobilisation des résultats de la recherche. Il s'agit d'une avenue incontournable pour permettre au travail social de perpétuer la crédibilité clinique et scientifique acquise au fil de son histoire.

*Daniel Turcotte, Ph. D., T.S.*

## Note

1 Pour alléger le texte, le féminin est utilisé comme représentant des deux genres, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes.

## Références

- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect, *Children and Youth Services Review*, 26, 1097–1113.
- Dominelli, L. (2009). Social work research: contested knowledge for practice. In R. Adams, L. Dominelli & M. Payne (sous la direction de). *Practising Social Work in a Complex World*: 240-255. Palgrave: Basingstoke.
- Fraser, M. W. (2004). Intervention research in social work: Recent advances and challenges. *Research on Social Work Practice*, 14, 210-222.
- Gambrill, E. (2011). Evidence-based practice and the ethics of discretion, *Journal of Social Work*, 11 (1), 26-48.
- Gitterman, A., & Knight, C. (2013). Evidence-Guided Practice: Integrating the Science and Art of Social Work, *Families in Society*, 94 (2), 70-78.
- Gray, J. A. M. (2001). *Evidence-based health care: How to make health policy and management decisions*. New York: Churchill Livingstone.
- Hemsley-Brown, J. (2004). Facilitating research utilisation: A cross-sector review of research evidence, *The International Journal of Public Sector Management*, 17 (6), 534-552.
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Ziam, S., Idrissi, O., et Castonguay, Y. (2008). *La recherche, comment s'y retrouver? Revue systématique des écrits sur le transfert des connaissances en éducation*. Gouvernement du Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Larrivée, M. C, Hamelin-Brabant, L., & Lessard, G. (2012). Knowledge translation in the field of violence against women and children: An assessment of the state of knowledge, *Children and Youth Services Review*, 34, 2381-2391.
- Mazza, N. (2008). Twenty years of scholarship in the Journal of Poetry Therapy: the collected abstracts, *Journal of Poetry Therapy*, 21 (2), 63–133.
- McCoyd, J. L. M., Johnson, Y. M., Munch, S., & LaSala, M. (2009). Quantocentric culture : Ramifications for social work education, *Social Work Education: The International Journal*, 28 (8), 811–27.
- McLaughlin, H. (2006). Involving young service users as coresearchers: possibilities, benefits and costs, *British Journal of Social Work*, 36, 1395–1410.
- Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice, *British Journal of Social Work*, 41, 1176-1197.
- O'Hare, T. (2009). *Essential skills of social work practice: assessment, intervention, evaluation*. Chicago: Lyceum Books.
- Petr, C. G., & Walter, U. M. (2009). Evidence-based practice: A critical reflection, *European Journal of Social Work*, 12 (2), 221-32.
- Pignotti, M., & Thyer, B. A. (2009). Use of novel unsupported and empirically supported therapies by licensed clinical social workers: An exploratory study, *Social Work Research*, 33, 5–17.
- Rubin, A., et Rosenblatt, A. (1984). *Recueil de textes inédits sur l'utilisation de la recherche en service social*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Shera, W., & Dill, K. (2012). Promoting Evidence-Informed Practice in Child Welfare in Ontario: Progress, Challenges and Future Directions, *Research on Social Work Practice*, 22 (2), 204-213.
- Yunong, H., & Fengzhi, M. (2009). A reflection on reasons, preconditions, and effects of implementing evidence-based practice in social work, *Social Work*, 54 (2), 177-181.

## Les transferts de connaissances de la recherche à la pratique clinique

Dans l'appel de contribution que nous lançons à l'automne 2012 pour ce numéro nous évoquons le fait que le service social québécois a progressivement développé au fil des ans une expertise en matière de recherche fondamentale, appliquée et de recherche-action liée aux problématiques, aux clientèles et aux problèmes sociaux. Ces recherches enrichissent tant la formation des nouveaux travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux que la pratique des intervenants plus expérimentés. Elles interpellent aussi fréquemment ceux-ci en les invitant à participer à des projets expérimentaux, à s'impliquer dans des projets de recherche-action, à répondre à des questionnaires et à participer à des groupes de discussion, à faire reconnaître leur apport au développement de connaissances émergentes comme praticiens réflexifs.

Aujourd'hui, nous vous invitons à lire ce numéro 138 où vous trouverez à la fois des textes illustrant des interactions fécondes entre la recherche et la pratique, tant dans la partie thématique que dans celle qui accueille des articles portant également sur d'autres préoccupations. Nous nous réjouissons par ailleurs que la direction des communications, avec l'accord du Comité de la Revue, ait pris l'initiative d'ajouter à ce numéro un éditorial très pertinent de Daniel Turcotte.

Il nous semble intéressant de constater à quel point les établissements impliqués dans la recherche et la formation (les deux centres jeunesse également instituts universitaires, ceux de Montréal et de Québec, mais également le CSSS de Sherbrooke, institut universitaire en gériatrie et le centre hospitalier universitaire de Québec) constituent des milieux propices où se développent des expérimentations et un développement constant de connaissances nouvelles grâce à la collaboration croisée de chercheurs, de formateurs et de praticiens, avec l'appui des gestionnaires.

Les praticiens ne sont d'ailleurs pas en reste puisque plusieurs d'entre eux déploient des efforts pour approfondir des aspects qui les interpellent dans leur pratique (en oncologie, en soutien à domicile, en réadaptation physique, en périnatalité, dans les pratiques communautaires, etc.). D'autres réflexions transversales jaillissent alors autour d'enjeux éthiques, méthodologiques, relationnels et sociétaux. Ces allers-retours entre le terrain et les milieux de recherche se traduisent aussi par une vaste production d'ouvrages comme l'illustrent nos pistes de lecture. Saluons au passage les efforts concertés des membres du comité de la revue qui signent plusieurs de ces recensions.

\* \* \*

Dans « Main dans la main : illustration d'une collaboration réussie entre chercheurs et intervenants » Geneviève Turcotte, Chantal Lavergne, Pauline Morissette et Caroline Racicot, présentent un processus de collaboration développé entre les intervenants sociaux du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal), du CHU Sainte-Justine et du CH Maisonneuve-Rosemont et des services de protection de la jeunesse (Centre jeunesse de Montréal) et menant à l'implantation d'un programme pour les mères et futures mères consommatrices abusives de substances psychoactives et leurs conjoints.

Dans un autre exemple d'un processus de collaboration sous la forme d'une recherche-action, cette fois au Centre jeunesse de Québec, Doris Châteauneuf et Sylvie Bilodeau soulignent « L'apport du partenariat recherche-pratique en protection de l'enfance : l'exemple de la redéfinition des services

en foyers de groupe ». Dans ce cadre, chercheurs, gestionnaires et praticiens furent mis à contribution lors de la réorganisation des foyers de groupe pour les jeunes de 9-13 ans. Étapes de la recherche, défis et impacts sur les acteurs impliqués.

Produit dans le cadre d'une réflexion doctorale sur le développement d'instruments permettant d'analyser les facteurs qui influencent la pratique, l'article « Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile » est le fruit de la collaboration de Nathalie Delli-Colli, Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Réjean Hébert (notre actuel ministre de la Santé et des Services sociaux) et de Lise Trottier. L'article s'appuie sur une recherche menée auprès d'intervenants des services de soutien à domicile de quatre (4) CSSS de l'Estrie et de leurs clients âgés.

Enfin, dans un style qui lui est propre, François Rainville partage avec nous sa « Réflexion organisationnelle d'un *travailleur social de recherche* autoproclamé » et raconte son parcours de travailleur social, à la fois praticien et chercheur, au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec et sa contribution à l'Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS).

Dans la partie non thématique, six articles abordent des sujets diversifiés mais non moins intéressants. Tout d'abord, dans « La complémentarité et la place de différents types de savoirs dans l'intervention psychosociale en réadaptation physique » Josianne Crête présente une étude menée auprès de travailleuses sociales du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (Montréal) afin de mieux comprendre la place qu'elles accordent dans leur travail aux savoirs théoriques et pratiques.

Pour leur part, Josée Grenier et Josée Chénard nous présentent leur réflexion sur la « Complexité et [l'] intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse. Elles veulent en favoriser l'utilisation pour redonner une place aux valeurs du travail social dans le contexte des changements du secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

Viennent ensuite deux textes écrits par des étudiants haïtiens venus poursuivre leurs études à l'Université de Montréal après la destruction de leur école de travail social à la suite du tremblement de terre. Un premier article, de Thierry Casséus et Félix Payen, nous présente « L'action communautaire en Haïti : enjeux et perspectives ». On y découvre des moments-clés de son développement et une brève présentation de trois projets locaux.

Pour sa part, Réthro Agenor analyse dans « Contribution du système éducatif au rapport de domination dans la société haïtienne » comment les lacunes de celui-ci conduisent notamment à la reproduction sociale des inégalités parmi les jeunes de 15-24 ans et les conduits notamment à l'exclusion sociale. Au passage, ils évoquent la contribution possible du travail social à une perspective de changement.

Céline Spira aborde « Les enjeux de la cohabitation entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante » par une recherche qualitative menée dans le cadre de sa maîtrise en service social auprès de six (6) familles de la région de Québec vivant de la cohabitation intergénérationnelle.

Enfin, Laure-Élina Bénard, nous présente une grille de lecture pour comprendre certains facteurs de vulnérabilité présents en période périnatale dans un article intitulé « Les naissances médicalement et socialement difficiles en milieu hospitalier : évaluer selon un modèle d'intervention de crise »

\* \* \*

Pour compléter ce numéro de la revue, comme à l'habitude, des pistes de lecture guident l'intérêt de nos lecteurs vers des livres récents qui nous sont apparus particulièrement intéressants pour nourrir la pratique professionnelle.

André Jacob nous partage son intérêt pour « *L'humanitaire. Un univers à réhabiliter* » publié sous la direction de Shimbi-Kamba Katchelewa (2011) aux Presses de l'Université Laval.

Très impliquée dans ce milieu de pratique, Martine Beaulieu nous présente « L'intégration des services en toxicomanie » publié par Michel Landry, Serge Brochu et Catherine Patenaude (2012) aux Presses de l'université Laval.

En collaboration, Yves Couturier et Émilie Rousseau-Tremblay, nous font connaître l'ouvrage publié en 2011 par Peter Ladd et AnnMarie Churchill « Person-Centered Diagnosis and Treatment in Mental Health. A Model for Empowering Clients », paru chez Jessika Kingsley Publishers (Philadelphie).

Annie Gusew s'intéresse au manuel « Méthodologie de l'intervention sociale personnelle » publié par Daniel Turcotte et Jean-Pierre Deslauriers (2011) aux Presses de l'Université Laval.

Isabelle Côté présente le livre « Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action. » de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques, (2012, Presses de l'Université Laval).

Normand Brodeur aborde la question de l'homicide à partir de l'ouvrage de Suzanne Léveillé et Julie Lefebvre, « Le passage à l'acte dans la famille ». (2011, Presses de l'université du Québec).

Claude Larivière explore les relations entre chercheurs et praticiens en commentant le livre « Des recherches collaboratives en sciences humaines et sociales (SHS) : enjeux, modalités et limites » publié en 2012 aux Presses de l'université Laval, sous la direction de Bruno Bourassa, Mehdi Boudjaoui, et Isabelle Skakni.

Enfin, Alain Hébert commente la troisième édition (2011) du livre que Jocelyne Lavoie et Jean Panet-Raymond consacrent à « La pratique de l'action communautaire » (Presses de l'Université du Québec).

Nous souhaitons que ce menu assez copieux vous donne à votre tour le goût de produire des connaissances nouvelles et, éventuellement, de nous les partager.

*Claude Larivière, T.S., Ph.D., avec la collaboration de Pauline Morrissette, T.S., Ph.D.*

# Main dans la main : illustration d'une collaboration réussie entre chercheurs et intervenants<sup>1</sup>

par

*Geneviève Turcotte*, chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

*Chantal Lavergne*, Ph. D., chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

*Pauline Morissette*, T.S., professeure titulaire à la retraite, École de service social de l'Université de Montréal

*Caroline Racicot*, agente de recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Description et impacts de la collaboration entre les intervenants sociaux du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal) et des services de protection de la jeunesse (Centre jeunesse de Montréal) menant à l'implantation d'un programme pour les mères et futures mères consommatrices abusives et leurs conjoints, le programme Main dans la main.

Description and impacts of the partnership between social workers from Montreal University Hospital and Montreal Youth Centre, leading to the implementation of a program for mothers and pregnant women abusing alcohol or drugs, and their partners: the Hand in Hand Program.

La consommation abusive d'alcool ou de drogue par les femmes enceintes et les nouvelles mères constitue une préoccupation sociale importante en raison de ses impacts potentiels sur le fœtus, l'enfant ou la mère (Finnegan, 2010; Forrester, 2010; Lejeune, 2009). Plusieurs enfants nés dans un contexte de consommation parentale sont signalés chaque année aux services de protection de l'enfance, en raison des inquiétudes que suscitent le mode de vie de leurs parents

**Intervention**, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.  
Numéro 138 (2013.1): 13-23.

et le contexte sociofamilial précaire dans lequel ils se retrouvent. Les données sur les enfants signalés aux services de protection indiquent que l'ampleur de la toxicomanie parentale est importante puisqu'elle concerne près d'un enfant sur deux dont le signalement a été retenu pour négligence (Mayer, Lavergne, Guyon, Gemme et al., 2004). Ces enfants sont également plus susceptibles que les autres enfants signalés de faire l'objet d'un retrait de leur milieu familial (Jones, 2004).

Les connaissances portant sur les effets de la consommation parentale abusive incitent à développer des projets d'intervention adaptés à l'expérience spécifique des femmes enceintes et des mères ayant ce type de consommation (Lavergne et Morissette, 2012). Les écrits scientifiques sont aussi de plus en plus nombreux à souligner l'importance de tenir compte du père étant donné le rôle qu'il peut être appelé à jouer auprès de la mère et de l'enfant à naître ou compte tenu du risque qu'il peut représenter s'il est lui-même un consommateur abusif (Morissette, Chouinard-Thompson, Devault, Rondeau et Roux, 2009). Le développement de tels programmes pose cependant des défis importants. Le premier de ces défis est celui de rejoindre ces parents, moins enclins à fréquenter les services parce qu'ils craignent la désapprobation sociale ou par peur de se voir retirer la garde de l'enfant à sa naissance (Brady, Visscher, Feder et Burns, 2003). Un deuxième défi est celui de développer des interventions qui tiennent compte de la complexité des besoins et des rôles de ces parents.

Le programme Main dans la main tente de relever ces deux défis. S'appuyant sur un travail collaboratif entre des intervenants sociaux du milieu hospitalier et des services de protection de la jeunesse, le programme propose un modèle d'intervention précoce, en période périnatale, auprès de femmes enceintes et de mères consommatrices abusives de drogue ou d'alcool ainsi que de leur conjoint. Une perspective de recherche-action est adoptée pour développer, implanter et évaluer ce

programme, ce qui suppose une collaboration étroite et continue entre chercheurs et acteurs du terrain. L'article en titre s'intéresse à la façon dont s'est actualisée l'interaction entre la recherche et l'action à différentes phases de développement du projet.

Après un bref survol des principaux paramètres de Main dans la main, la perspective de recherche-action est exposée en mettant l'accent sur les caractéristiques qui décrivent le mieux la présente démarche. La troisième partie décrit le processus de construction du programme en s'attardant à la dynamique des rapports entre la recherche et la pratique à chacune des étapes du projet. Enfin, posant un regard plus analytique sur cette dynamique de collaboration, la dernière partie de l'article dégage les conditions favorables à l'interaction entre recherche et pratique ainsi que les défis rencontrés au cours du processus de recherche-action.

## **1. Main dans la main : un survol du projet<sup>2</sup>**

### **1.1 Main dans la main : les objectifs**

Le projet Main dans la main vise les quatre objectifs suivants : 1) rejoindre les femmes consommatrices abusives de drogue ou d'alcool et leur conjoint durant la grossesse ou peu après la naissance de l'enfant; 2) leur offrir un soutien dans différentes sphères de leur vie (personnelle, coparentale, socioéconomique et relationnelle); 3) favoriser la participation des parents aux décisions qui se prennent à leur sujet; et 4) assurer le relais vers les ressources du milieu si le besoin se fait sentir. L'objectif général est de susciter l'engagement et la mobilisation au changement des parents, afin de favoriser la stabilité des enfants, le plus possible en évitant le recours au placement.

### **1.2 Main dans la main : la clientèle cible**

Le projet est implanté dans trois centres hospitaliers de la région de Montréal [le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont] et les services évaluation-orientation de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) affectés aux territoires desservis par ces centres hospitaliers.

L'intervention cible les clientèles suivantes, selon trois scénarios de référence au projet :1) les femmes enceintes repérées dans les trois milieux hospitaliers, dont l'enfant à naître est susceptible d'être signalé à la DPJ dès sa naissance, en raison d'inquiétudes concernant la consommation de la future mère; 2) les femmes en postpartum ayant accouché dans l'un des trois centres hospitaliers et dont le nouveau-né est signalé à la DPJ en raison d'une consommation abusive; et 3) les femmes enceintes consommatrices connues des centres jeunesse parce qu'un autre enfant est l'objet d'une mesure de protection. Pour chaque scénario, on cherche également à inclure dans l'intervention le père des enfants ou le conjoint de ces femmes ayant ou non un problème de consommation abusive et un mode de vie à risque pour l'enfant.

## **2. Main dans la main : une perspective de recherche-action**

Le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de Main dans la main se situent dans une perspective de recherche-action. Parmi les critères qui caractérisent ce type de recherche et qui décrivent le mieux l'approche retenue dans ce projet, on notera les suivants.

- Une volonté de contribuer au changement social, notamment au changement dans les pratiques, en s'engageant dans la recherche de solutions à un problème social concret touchant des groupes vivant en situation de vulnérabilité (Dolbec et Prud'homme, 2009; Reason et Bradbury, 2008). Cette volonté de changement et le choix du problème à étudier proviennent généralement du terrain, mais peuvent également émaner des chercheurs.
- Une volonté de produire des connaissances sur ces transformations (Ouellet, 2009; Verspieren et Chia, 2012). Dans son sens le plus général, la recherche-action comporte « une intention de faire surgir un savoir » sur la pratique en mettant à l'essai et en évaluant un modèle d'intervention dans un milieu donné (Ouellet, 2009 : 237). Le modèle d'intervention est fondé sur le principe d'une construction progressive dans un processus impliquant l'ensemble des acteurs associés au projet, en fonction des besoins des familles et des réalités du milieu. Le pari, dans ce type de recherche, est que les « façons de faire » devraient émerger d'une

interaction continue entre l'action et la réflexion critique sur cette action. Cela oblige à une rétroaction continue des résultats de recherche aux partenaires et implique d'introduire un mécanisme de diffusion et de discussion de ces résultats en cours de projet.

- Une interaction continue entre la recherche et l'action. Tout cela se fait dans un processus impliquant des liens étroits et ouverts entre chercheurs et acteurs du terrain. Dans ce type de recherche, les chercheurs sont présents sur le terrain, alimentent la réflexion sur la pratique et sont parties prenantes de l'action aux différentes étapes de développement du projet. Les acteurs du terrain sont invités à participer à la production des connaissances et contribuent, dans un processus de réflexion conjointe, au développement de la pratique (Desgagné et Berdnaz, 2005). Ils sont impliqués à toutes les étapes du processus de recherche : définition des questions de recherche et des dimensions à évaluer, élaboration des outils, discussion, interprétation et validation des résultats (Gélineau, Dufour et Bélisle, 2012).
- Enfin, une composante formative. La recherche-action est centrée sur un partage continu des connaissances expérientielles, cliniques et scientifiques à toutes les étapes du développement et de l'évaluation du projet. Le postulat sous-jacent est que « l'interaction des savoirs produit une connaissance plus dense » (Gélineau, Dufour et Bélisle, 2012 : 45).

### **3. La collaboration chercheurs-intervenants aux différentes phases de développement de Main dans la main**

Le programme Main dans la main s'est développé selon un processus en trois étapes comportant des enjeux et des défis particuliers : une phase d'émergence et de conception du projet, une phase d'essai-expérimentation des principes directeurs du projet et une phase de généralisation à trois sites. Cette section s'intéresse à la dynamique des rapports entre la recherche et la pratique à chaque étape.

#### **3.1 La phase d'émergence et de conception**

La phase d'émergence est celle de l'exploration de la situation problématique et de la recherche

de consensus sur la cible et les objectifs d'action. C'est aussi au cours de cette période qu'a été formalisé le projet commun.

Le projet Main dans la main est né au printemps 2005. Des travailleuses sociales, membres du comité périnatalité-toxicomanie du CHUM, sentent le besoin d'améliorer leur pratique auprès des mères consommatrices de substances psychoactives au moment de la grossesse et à la naissance de l'enfant. Animées par la volonté de trouver une solution au problème d'arrimage entre leurs actions et celles de la DPJ, elles mettent sur pied des rencontres informelles avec des intervenants et des gestionnaires du CJM-IU et une chercheuse de l'Université de Montréal, afin d'ouvrir la voie à une collaboration innovante, dans une logique d'intervention précoce et préventive. L'origine de cette cellule initiatrice s'inscrit dans la continuité d'un partenariat recherche-intervention déjà bien établi.

Les premières rencontres du comité promoteur sont consacrées à l'exploration et au diagnostic de la situation. Elles portent sur les défis complexes auxquels sont confrontés les intervenants de chacun des milieux de pratique avec cette clientèle. La difficulté de rejoindre ces parents conduit notamment à s'interroger sur les meilleures façons de transformer l'image des intervenants afin que ceux-ci soient perçus comme une source de soutien plutôt que comme ceux qui signalent et placent les enfants. On est également à la recherche de solutions pour éviter les interventions faites dans un contexte d'urgence et pour briser l'isolement dans la gestion du risque que représente pour l'enfant le fait de vivre avec des parents consommateurs.

S'appuyant sur la nécessité, reconnue de part et d'autre, d'établir des ponts, un premier collectif (le comité de développement) est constitué pour assurer la mise en œuvre de Main dans la main. S'amorce l'étape de formalisation du projet commun. Celle-ci soulève certains enjeux cliniques et juridiques. L'un de ces enjeux relève de la cohabitation d'acteurs aux missions et aux cultures organisationnelles différentes, et sera à l'origine de certains questionnements, voire de divergences, dans la façon de concrétiser le projet. Toutefois, grâce à un processus de débat, dans un climat respectueux des missions respectives, les partenaires arrivent à une position commune sur les éléments essentiels au déve-

loppement de l'initiative. La démarche exigeait donc un changement dans la conception de l'intervention, dans la façon de poser et de traiter les situations ainsi que dans l'organisation du travail, ce qui représentait un défi de taille pour les membres du comité.

Un deuxième enjeu est d'ordre juridique. Des consultations au CJM-IU autour des objectifs du programme laissent apercevoir la crainte que l'implication de la DPJ avant la naissance de l'enfant ne donne lieu à des contestations judiciaires<sup>3</sup>. La direction du contentieux du CJM-IU est alors mise à contribution. Cette direction nous adresse donc un avis juridique complet sur les enjeux juridiques liés à ce projet, avis qui permet de baliser les interventions en phase d'actualisation.

C'est sur cette toile de fond qu'est élaboré un premier outil de formalisation du projet commun, un guide clinique dans lequel sont campés la mission, les responsabilités et les rôles respectifs des deux établissements ainsi que des éléments de conceptualisation théorique du projet. L'équipe de recherche participe à cet exercice de formalisation, notamment en mettant à contribution sa connaissance de la littérature pertinente pour soutenir la réflexion sur les orientations et les modes d'action à privilégier. Le projet est adopté comme projet pilote par le CJM-IU et le CHUM en septembre 2006.

### **3.2 La phase d'essai-expérimentation des principes directeurs du projet**

Cette phase est celle de la mise à l'essai des principes directeurs du projet dans un site et de l'évaluation des conditions de succès de la collaboration.

La phase s'amorce avec la constitution d'une équipe d'intervenants affectés au projet. Trois intervenants sociaux du CHUM et trois intervenants de l'équipe Évaluation Orientation de la DPJ sont dégagés d'une partie de leur charge de travail afin qu'ils puissent agir dans le cadre du projet avec toute la rigueur que cela pourrait nécessiter. Cette équipe d'intervenants et les gestionnaires impliqués constituent le comité de suivi de la démarche, formé pour favoriser les échanges sur l'évaluation des situations familiales spécifiques et la détermination des interventions à privilégier.

Les intervenants doivent développer de nouvelles connaissances en toxicomanie. Le « travail ensemble » exige aussi de développer des habiletés, des valeurs et un langage communs. D'un partenariat soutenu entre la recherche et le terrain germe l'idée de fournir aux intervenants un modèle théorique conçu par les chercheuses pour permettre une lecture clinique commune des situations familiales et favoriser une évaluation et une prise de décision éclairées (Morissette et Venne, 2009).

En parallèle, à l'automne 2006, les chercheuses obtiennent un premier financement pour évaluer les aspects collaboratifs du projet. Cette évaluation est envisagée comme un moyen de soutenir et de guider l'intervention qui se développe sur le terrain. L'objectif est d'évaluer les avantages et les contraintes du « travail ensemble » selon la perception des gestionnaires et des intervenants engagés dans le projet. L'entrevue de groupe est privilégiée afin de favoriser la réflexion collective sur l'action et les enjeux du travail ensemble. Chaque rencontre s'attarde à une étape précise du travail ensemble selon un processus d'allers-retours entre l'expérimentation et la réflexion sur l'action. Les résultats mettent en évidence la complexité du processus d'implantation de cette forme de travail. Ils montrent que la collaboration entre des intervenants issus de secteurs d'intervention différents ne peut s'établir favorablement sans la présence de certains éléments clés tels que la volonté de collaborer et d'y investir le temps et les efforts nécessaires, une vision commune de la problématique et de la philosophie d'intervention, des relations entre les intervenants basées sur la confiance et le respect mutuel de même que l'atteinte d'un consensus concernant les règles et les mécanismes de communication et de coordination des actions. Les intervenants voient dans cette forme de travail ensemble des avantages tant sur le plan personnel (un enrichissement professionnel à travers la mise en commun des connaissances, des habiletés et des expertises) que sur celui de l'intervention [un meilleur partage de l'information, une gestion du risque moins lourde, une plus grande cohérence de l'intervention et un meilleur accompagnement de la clientèle (Lavergne, Morissette, Dionne et Dessureault, 2009)].

### 3.3 La phase de généralisation à trois sites

Cette phase est marquée par l'élargissement de Main dans la main à deux autres sites, par la formalisation de l'action ainsi que par la mise en place d'un protocole d'évaluation des effets du projet.

Les retombées positives de la première phase d'expérimentation amènent les acteurs du terrain et l'équipe de recherche à s'intéresser aux effets de cette approche collaborative sur la mobilisation des parents ainsi que sur la stabilité du milieu de vie des enfants, qui sont au cœur des modifications à la *Loi sur la protection de la jeunesse* entrées en vigueur en 2007.

L'élaboration de cette nouvelle proposition de recherche est l'occasion d'expérimenter le projet dans d'autres milieux hospitaliers. Chercheuses et partenaires du terrain participent ensemble à la phase d'intéressement de ces milieux, allant à leur rencontre afin de faire connaître le projet, de saisir leur intérêt à y participer et de les convaincre de le faire.

L'équipe obtient la subvention au printemps 2009, mais ce n'est qu'à l'automne de la même année que s'amorce l'implantation de Main dans la main dans les deux nouveaux sites. Les premiers mois d'implantation sont consacrés à l'appropriation par les nouveaux intervenants du protocole clinique du projet, des outils d'évaluation et de planification de l'intervention. Des formations communes sont organisées au sein des comités de suivi. Certaines séances sont dispensées par les chercheuses, d'autres par des intervenantes du premier site qui partagent avec les autres professionnels les connaissances acquises dans le cadre d'une première expérimentation du programme.

Gestionnaires et intervenantes multiplient par ailleurs les efforts pour promouvoir le programme auprès du personnel des centres hospitaliers et trouver des stratégies concrètes visant à faciliter le recrutement des futures mères dans les deux sites. L'implantation de Main dans la main dans ces milieux constitue un défi important parce qu'il n'y a pas, au départ, de mécanismes de dépistage systématique des mères consommatrices ni de collaboration formelle entre le service social et le personnel médical autour de ce groupe cible. C'est à l'automne 2010 que s'amorcent les premières références aux deux nouveaux sites.

L'équipe de recherche met en place un processus d'évaluation participative où les acteurs du terrain ont une voix concernant les jugements portés sur le programme. Si le protocole de recherche n'a pas fait comme tel l'objet de consultations formelles préalables auprès des acteurs du terrain, les questions de recherche tiennent toutefois compte des intérêts exprimés dans les phases précédentes et plusieurs aspects de la collecte de données (dont les outils de suivi) sont négociés avec ces derniers. Pour analyser les particularités et les retombées du programme, les chercheuses privilégient à nouveau l'approche qualitative centrée sur la recherche de sens et la production d'une connaissance ancrée dans la réalité de l'intervention. La stratégie d'analyse retenue est l'étude de cas (Gagnon, 2005; Gerring, 2007) qui permet le recours à des méthodes et des sources de données variées pour cerner les différents points de vue sur l'expérience vécue à Main dans la main : observations participantes des chercheuses, entrevues avec les intervenants et les parents, données administratives.

L'équipe de recherche se situe dans une perspective qui considère l'évaluation de programme comme une composante intégrante du développement de projets innovateurs. La connaissance produite aux différentes étapes de développement de ces projets est en quelque sorte réinvestie dans le projet, contribuant à des ajustements ou à des transformations de l'action. Cela se fait dans un processus de retour critique sur l'action qui est au fondement des démarches de recherche-action. À Main dans la main, ce processus se réalise principalement dans le cadre des réunions mensuelles des comités de suivi à partir d'outils de travail conjoint. Les entrevues de recherche réalisées avec les acteurs du terrain sont aussi l'occasion d'une réflexion en profondeur sur le sens de leurs actions ainsi que sur divers enjeux de l'implantation du programme. Enfin, une journée de réflexion clinique réunissant l'ensemble des acteurs associés au projet est organisée annuellement pour mettre en commun les expériences vécues dans les trois sites.

#### 4. Les défis de l'interaction entre la recherche et l'action : quelques constats

Posant un regard plus analytique sur l'expérience de collaboration entre la recherche et

l'action à Main dans la main, cette section propose une synthèse des principaux constats qui s'en dégagent en faisant la part des succès et des difficultés qui y ont été vécus. Le tout est illustré à partir d'extraits d'entrevues de groupe réalisées auprès des gestionnaires et des intervenants impliqués dans le programme.

#### **4.1 Les forces du projet**

Au bilan, on constate que Main dans la main réunit certaines caractéristiques de collaborations réussies entre chercheurs et acteurs du terrain telles que documentées dans la littérature sur cette question (Saini et Léveillé, 2011) : 1) une convergence d'intérêts autour de l'amélioration des pratiques; 2) une structure formelle pour construire la coopération; 3) un espace-temps pour se doter d'une vision commune; 4) un leadership affirmé; 5) une proximité de l'équipe de recherche avec le terrain; 6) une stratégie de recherche qui favorise l'engagement de tous dans le processus; et 7) l'engagement des acteurs du terrain.

##### **4.1.1 Une convergence d'intérêts autour de l'amélioration des pratiques**

D'entrée de jeu, on peut dire que le programme Main dans la main s'est bâti sur la base d'une convergence d'intérêts organisationnels et professionnels autour d'un objectif commun, celui d'améliorer la pratique auprès des mères consommatrices. Cette convergence d'intérêts s'inscrivait dans un contexte favorable à l'innovation : d'une part, un mouvement de changements dans les pratiques du Centre de naissance du CHUM (Lavandier, Venne et Perreault; 2009) et, d'autre part, l'adoption de modifications à la LPJ qui réaffirment l'importance de tout mettre en œuvre pour favoriser une mobilisation rapide des parents, mettent l'accent sur la participation active de la famille aux décisions les concernant et appellent au travail collaboratif avec le milieu.

##### **4.1.2 Une structure formelle pour construire la coopération**

Les travaux sur les conditions propices à la collaboration recherche et pratique font ressortir l'importance de disposer d'arrangements organisationnels et d'un mode de régulation des rapports entre acteurs (Champagne, 2007; Saini et Léveillé; 2011; Verspieren et Chia, 2012).

Pour construire la coopération, favoriser le caractère participatif de la démarche et permettre une communication efficace, le programme Main dans la main s'est doté d'une structure d'organisation formelle précisant le champ des responsabilités communes et spécifiques des acteurs en présence. Cette structure s'articule autour de deux dispositifs où tous sont présents : le comité de pilotage et trois comités de suivi, soit un dans chaque site d'expérimentation. La gouvernance du programme est confiée au comité de pilotage, un espace consacré à la planification et aux prises de décision conjointes sur les orientations du projet. Les comités de suivi sont quant à eux des espaces de formation mutuelle, de mise en commun des savoirs, de réflexion critique sur les pratiques et de participation aux diverses opérations de recherche.

##### **4.1.3 Un espace-temps pour se doter d'une vision commune**

Comme on l'a vu dans la section précédente, les participants ont su prendre le temps et se doter d'outils pour développer un langage commun et une représentation commune de la problématique (la maternité en contexte de consommation abusive) et des actions à entreprendre pour y répondre, une condition de succès bien documentée des collaborations efficaces, mais trop souvent oubliée au moment d'entrer en action (Saini et Léveillé; 2011).

##### **4.1.4 Un leadership affirmé**

Les études sur la collaboration soulignent l'importance d'un leadership clair pour favoriser le travail conjoint et le sentiment d'efficacité collective (Saini et Léveillé, 2011). Le programme Main dans la main a pu compter sur des porteurs de projet expérimentés, situés aux postes de direction des établissements partenaires, pour animer le processus, encourager l'échange d'informations, susciter une communication ouverte entre tous les acteurs en présence et instaurer un climat de travail basé sur le respect mutuel et la confiance. Leur rôle a également été de faciliter la participation aux opérations de recherche, notamment en faisant en sorte d'inscrire les enjeux de recherche de manière systématique à l'ordre du jour des comités de suivi et de pilotage ou encore en jouant un rôle de médiation entre les cher-

cheuses et les intervenantes en particulier à l'étape de la négociation sur la contribution de chacun à la démarche.

#### **4.1.5 La proximité des chercheurs avec le milieu d'intervention**

La proximité des chercheurs avec le milieu d'intervention est un autre facteur de succès bien documenté des collaborations réussies (Jacob et Ouvrard, 2009; Saini et Léveillé, 2011). D'entrée de jeu, on dira que des expériences positives de collaboration dans le passé ont favorisé le lien de confiance entre chercheuses et acteurs du terrain à Main dans la main. Ces chercheuses ont été actives à toutes les étapes du développement du projet y jouant un rôle d'accompagnatrices de la démarche. Elles sont présentes dès la conception du projet. Avec leurs partenaires de départ, elles participent à la mobilisation des acteurs des milieux pressentis pour participer à la troisième phase du projet. Elles s'impliquent activement dans les deux dispositifs de mise en œuvre du projet, d'une part, pour observer, comprendre, rendre lisible et visible ce qui se développe sur le terrain; d'autre part, pour soutenir la recherche de solutions et la prise de décision sur l'action. Les chercheuses y jouent également un rôle formatif en participant aux activités d'appropriation du projet, en organisant les formations communes et en soutenant la réflexion critique sur l'action.

Rencontrés en entrevue de groupe, les acteurs du terrain évoquent le langage accessible des chercheuses, « moins théorique », plus proche de la clinique, « une recherche [...] collée à la pratique, contrairement à des fois où on voit que c'est deux mondes ». Ils reconnaissent que cette proximité des chercheuses a été un facteur favorable à leur engagement dans cette recherche-action et plus généralement à une prise de conscience du rôle et de la place de la recherche telle que pratiquée en établissement. Les deux extraits suivants témoignent bien de ces deux aspects.

« Moi je retiendrais aussi comme facteur qui a facilité la participation, la proximité et la disponibilité (des chercheuses). Le fait que vous soyez là dans les comités de suivi, ça fait que la recherche reste vivante. Il a fallu, évidemment, que vous nous répétiez à quelques reprises c'était quoi la recherche,

c'est quoi votre rôle là-dedans et le nôtre. Mais comme ce n'est pas évident de faire intégrer la recherche dans le milieu de l'intervention, le fait que vous soyez là avec nous, ça a facilité. » (Entrevue de groupe, site A)

« S'il y a une recherche où je dis que ça, ça a été aidant, soutenant, c'est celle-ci. [...] C'est le fait d'être collés vraiment. [...] Tous les suivis, vous êtes présents. [...] Le fait que physiquement on vous voit, ça fait que ça nous donne envie de remplir les trucs, parce que justement vous êtes des vraies personnes qu'on voit, auxquelles on a accès. Ça donne envie de s'investir aussi là-dedans même si ça demande du temps, de l'énergie, tout ça. [...] Mais je vois le désir aussi de la recherche, de nous aider nous comme intervenants là-dedans. Je pense que c'est ça qui nous pousse, nous, à participer à la recherche aussi. Je veux dire, c'est un échange. » (Entrevue de groupe, site C)

Autre aspect positif de la relation avec les chercheuses, les intervenants ressortent de leur expérience avec l'impression que leur expertise a été prise en considération. La reconnaissance de savoirs expérientiels est l'un des principes clés des pratiques de recherche-action et l'un des facteurs favorables à la motivation des acteurs du terrain à participer à l'évaluation de leurs actions (Desgagné, Berdnaz, Lebus, Poirier et Couture, 2001; Gélinau, Dufour et Bélisle, 2012; Jacob et Ouvrard, 2009). Cet extrait d'une entrevue de groupe semble le confirmer :

« L'importance que vous accordez à nos opinions, je l'ai toujours senti, puis dans les entrevues aussi. Vous allez toujours chercher vraiment, vous poussez plus loin, puis c'est important. Je pense que ça va faire partie aussi du bilan général. Vraiment, je pense que ça va être positif pour le travail ensemble puis tous les défis que ça a pu apporter. » (Entrevue de groupe, site C)

#### **4.1.6 Une approche méthodologique favorable à l'engagement des acteurs**

L'équipe de recherche a adopté une approche méthodologique cohérente avec les principes de la recherche-action et l'épistémologie constructiviste qui guide l'évaluation du programme. L'étude de cas a en effet pour principales caractéristiques : 1) de proposer un croisement des regards sur l'expérience vécue à Main dans la main; 2) de permettre

l'investigation empirique d'un phénomène (ici, le processus d'implantation et les effets de Main dans la main) dans son contexte de production, en temps réel (la collecte de données étant contemporaine de l'action); et 3) de saisir les événements, les actions, les situations dans une dimension significative pour les acteurs. Parce que l'approche permet l'interaction et le dialogue entre chercheurs et acteurs du milieu (intervenants et parents), elle favorise l'engagement de tous les acteurs dans le processus de recherche (Jacob et Ouvrard, 2009).

Les témoignages des gestionnaires et des intervenantes qui ont participé aux groupes de discussion sur les enjeux d'implantation du programme confirment que l'approche privilégiée par les chercheuses a favorisé leur collaboration à la recherche. Comme le dit l'une des intervenantes : « Notre participation, elle se fait facilement, je pense, dû au fait que c'est une recherche qui est qualitative aussi ». Les acteurs du terrain ont apprécié le fait que les méthodes de collecte de données retenues leur aient permis d'échanger, de discuter et de réfléchir sur le sens du travail ensemble. Ils trouvent particulièrement stimulant le fait que le protocole de recherche tienne compte du point de vue des parents sur l'expérience vécue à Main dans la main. Comme l'une des intervenantes le mentionne : « moi je trouve ça stimulant quand vous nous rapportez comment les parents ont trouvé l'intervention. Sans la recherche, on ne l'aurait jamais su comment les mamans ont vécu Main dans la main, tant les points positifs que les points négatifs que l'on avait à améliorer. » (Entrevue de groupe, site C)

#### **4.1.7 L'engagement des acteurs du terrain dans le processus**

Gestionnaires et intervenants de Main dans la main se sont illustrés par leur important engagement dans la conception, le développement et l'évaluation du programme. D'entrée de jeu, il faut rappeler que le développement de Main dans la main s'inscrit dans une volonté de changement provenant du terrain. L'engagement des acteurs du terrain s'est d'abord manifesté par l'appui important accordé à ce projet par la direction des établissements partenaires. Cet appui s'est traduit par le dégagement de gestionnaires pour animer la démarche, d'une personne-ressource en

développement de programmes pour soutenir la formalisation de l'intervention et d'intervenants pour participer à cette expérimentation. Il faut également noter une ouverture des gestionnaires pour l'évaluation des retombées de ce programme qui les a conduits à faire appel à des chercheurs.

Les intervenants ont joué un rôle important dans la construction de la connaissance sur l'intervention, en acceptant de consacrer du temps à réfléchir sur le sens de leurs actions, à partager leurs expériences et leurs solutions dans les réunions mensuelles des comités de suivi et à participer aux entrevues avec l'équipe de recherche. Certains ont également joué un rôle formatif en collaborant activement aux activités d'appropriation du projet et de mise en commun des savoirs cliniques et scientifiques sur la problématique et les caractéristiques de la clientèle. Plusieurs intervenants ont, par ailleurs, saisi les occasions de présentation et de publication dans les milieux de pratique et les instances scientifiques.

#### **4.2 Les défis à relever**

Si le processus de collaboration à Main dans la main comporte des forces indéniables, certains défis restent à relever.

##### **4.2.1 Le facteur temps**

Dans ce type de recherche, on se trouve toujours un peu limité par les contraintes de temps. À Main dans la main, il s'est révélé difficile de concilier les rythmes de la recherche (notamment le temps requis par l'analyse des données), les retours continus des résultats vers l'action et l'urgence des besoins des intervenants et des gestionnaires. Ces contraintes de temps ont fait en sorte que les chercheuses n'ont pas réussi à impliquer les intervenants autant qu'ils l'auraient voulu au processus de conception, de planification et de réalisation de la recherche, surtout lors de la troisième phase du projet. Pour la même raison, l'utilisation des outils d'évaluation et de suivi des dossiers n'a pas toujours été aussi optimale que souhaité.

##### **4.2.2 Les facteurs organisationnels**

Les importants mouvements de personnel que les établissements partenaires ont connus sont au nombre des contraintes auxquelles l'implantation du projet a dû faire face. Chaque équipe

a dû composer avec des absences plus ou moins prolongées pour congés maternité, congés de maladie ou faisant suite à des promotions dans les établissements participants. Certains intervenants, nouvellement arrivés, n'ont pas bénéficié de l'intégralité des activités de formation : ce qui s'est soldé par un niveau d'appropriation du programme qui a pu être inégal d'un intervenant à l'autre. L'un des sites d'expérimentation du programme s'est par ailleurs heurté à un problème de recrutement des familles qui a laissé moins d'opportunités pour expérimenter les avantages de la collaboration interprofessionnelle et se sentir partie prenante de la recherche-action.

#### **4.2.3 L'insécurité inhérente au processus de recherche-action**

La recherche-action comporte son lot d'ambigüités souvent génératrices d'insécurité pour tous les acteurs impliqués. Dans ce type de pratique, en effet, le cadre de référence dont dispose le milieu au départ est souvent peu explicite en ce qui concerne les moyens concrets à mettre en place pour atteindre les objectifs : il s'agit essentiellement d'un guide dont le contenu reste à définir et à construire dans un processus impliquant l'ensemble des acteurs associés au projet. De ce point de vue, le démarrage constitue une phase particulièrement exigeante pour l'implantation de projets d'intervention innovateurs. Le projet Main dans la main, au cours de cette phase, n'a pas fait exception à la règle. Comme le soulignent Prilleltensky et ses collaborateurs (1999), ces ambigüités sont des phénomènes normaux qui n'en nécessitent pas moins une grande tolérance à l'incertitude.

#### **4.2.4 L'implication des parents**

La recherche-action vise normalement à donner un droit de parole aux personnes qui vivent des situations de vulnérabilité. L'une des forces de Main dans la main est d'avoir permis de donner une voix aux parents vulnérables généralement peu consultés sur la qualité des services qu'ils reçoivent. Les parents n'ont cependant pas été impliqués dans les instances de gouvernance du programme ni dans le processus de recherche-action (autrement que par le biais des entrevues individuelles). Il s'agit là d'une difficulté bien connue des recherches

participatives, tout particulièrement lorsque le projet émane des intervenants et des chercheurs comme c'est le cas à Main dans la main (Petiau et Pourtau, 2011).

#### **Conclusion**

Si l'émergence de Main dans la main s'inscrit dans une volonté de changement émanant du terrain, la conception, l'expérimentation et l'évaluation du programme sont le fruit d'interactions fructueuses entre gestionnaires, intervenants et chercheuses de quatre établissements qui ont mis à contribution leur temps et leurs savoirs respectifs.

L'adoption d'une démarche de recherche-action n'est pas étrangère à ce succès. Elle s'est de ce point de vue révélée riche et gratifiante. Elle a eu plusieurs retombées positives. L'une de ces retombées est certainement un enrichissement des connaissances de part et d'autre. Chercheuses et intervenantes ont appris les unes des autres. Les intervenantes ont amélioré leurs connaissances sur les caractéristiques et les besoins des mères consommatrices ainsi que sur les meilleures façons d'entrer en action pour favoriser la mobilisation de ce groupe de parents. Plusieurs témoignages montrent que cette démarche les a aidées à se structurer et à mettre des mots sur ce qu'elles font. Les chercheuses ont quant à elles tiré profit des savoirs expérientiels et de la connaissance du contexte local que possèdent les acteurs du terrain. La démarche a également permis de diffuser de nouvelles connaissances issues d'une pratique innovatrice.

Autre retombée intéressante : la proximité des chercheuses a été un facteur favorable à une prise de conscience du rôle et de la place de la recherche telle que pratiquée en établissement. Celle-ci a permis aux acteurs du terrain d'acquérir une meilleure connaissance des processus de recherche et de développer une attitude plus positive à l'égard de l'évaluation de leurs actions. Elle a en outre favorisé une meilleure appropriation des résultats et contribué à augmenter la pertinence et la crédibilité des pistes d'action proposées. Ce type d'approche apparaît stratégique pour favoriser le rapprochement de l'univers de la recherche et celui de l'intervention, bâtir la confiance entre les acteurs concernés et instaurer ainsi une culture de recherche hors des milieux universitaires.

Ce type de démarche comporte aussi son lot de défis. C'est une démarche qui est très exigeante en temps et en énergie pour tous les acteurs. La posture des chercheurs dans ce type d'approche pose également la question de la prise de distance critique par rapport à l'action qui se développe : comment instrumenter l'intervention tout en demeurant critique sur les bases de l'action? Enfin, la pratique de la recherche-action soulève toujours des enjeux de reconnaissance dans le milieu universitaire, reliés à la portée des données recueillies, qui ne sont pas sans effets sur les critères d'évaluation et de promotion. La question est toujours la même : comment concilier les exigences propres au milieu et celles de la production reconnue scientifiquement.

Au-delà de ces enjeux, ce qu'il faut toutefois retenir, c'est que cette collaboration entre la recherche et l'action aura donné naissance à un projet innovateur proposant une façon différente de travailler ensemble afin de concilier plutôt que d'opposer les besoins et les intérêts des parents à ceux des enfants à naître ou qui sont nés. Les résultats préliminaires sur les retombées du projet indiquent d'ailleurs que cette approche est à l'origine de belles réussites pour plusieurs familles qui y ont participé (Lavergne, Turcotte, Morissette, Racicot, 2012).

### Descripteurs :

Main dans la main (Programme) - Québec (Province) - Montréal // Recherche praticiens-chercheurs // Service social - Recherche - Relations avec la pratique professionnelle // Recherche-action // Toxicomanie et grossesse // Alcoolisme et grossesse

Relationships between researchers and social workers // Social work research - Links with professional practice // Action research // Drug abuse in pregnancy // Alcoholism in pregnancy

### Notes

- 1 Les auteures tiennent à remercier tous les participants au programme Main dans la main qui, au fil des ans, ont enrichi nos réflexions.
- 2 La périnatalité est définie comme la période se situant entre la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et le 8<sup>e</sup> jour suivant la naissance.
- 3 La notion de consommation abusive englobe toute forme de consommation susceptible d'entraîner des conséquences néfastes d'ordre médical

et social : difficultés relationnelles, précarité financière, instabilité du mode de vie, criminalité, problèmes de santé physique et mentale (Varescon, 2005).

- 4 Pour plus de détails sur les caractéristiques du projet, voir Girard, Dessureault, Dionne, Salois et Venne, 2010.
- 5 Rappelons que selon la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), une situation à risque ne peut être signalée avant la naissance de l'enfant.

### Références bibliographiques

- Brady, T. M., Visscher, W., Feder, M., & Burns, A. M. (2003). Maternal Drug Use and the Timing of Prenatal Care, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 14 (4), 588-607.
- Champagne, M. (2007). La pratique de la recherche-action : entre utopie et nécessité, dans H. Dorvil (dir.). *Problèmes sociaux, tome III : théories et méthodologies de recherche* : 463-490. Montréal, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Desagné, S., Bednarz, N., Couture, C., Poirier, L., et Lebuis, P. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un nouveau rapport à établir entre recherche et formation, *Revue des sciences de l'éducation*, 27, 33-64.
- Desagné, S., et Bednarz, N. (2005). Médiation entre recherche et pratique en éducation : faire de la recherche avec plutôt que sur les praticiens, *Revue des sciences de l'éducation*, 31, 245-258.
- Dolbec, A., et Prud'homme, L. (2009). La recherche-action, dans B. Gauthier (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5<sup>e</sup> éd.) : 505-540. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Finnegan, L. P. (2010). Introduction to Women, Children and Addiction, *Journal of Addictive Diseases*, 29, 113-116.
- Forrester, D. (2010). *Children affected by parental drug and alcohol misuse*. In J. Barlow (dir.), *Substance Misuse: The implications of research, policy and practice*. London: Jessica Kingsley.
- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Gélineau, L., Dufour, E., et Bélisle, M. (2012). Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : enjeux de définition et d'équilibre des savoirs, *Les enjeux méthodologiques des recherches participatives. Recherches qualitatives, Collection hors série « Les actes »*, 13, 35-54.
- Gerring, J. (2007). *Case Study Research : Principles and Practices*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

- Girard, M.-P., Dessureault, S., Dionne, M., Salois, E., et Venne, M. (2010). Main dans la main : un programme pour les mères toxicomanes et leur bébé, dans D. Lafortune, M.-M. Cousineau et C. Tremblay (dir.). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté* : 15-35. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Jacob, S., et Ouvrard, L. (2009). *L'évaluation participative. Avantages et difficultés d'une pratique innovante*. Québec, Canada : Cahiers de la performance et de l'évaluation.
- Jones, L. (2004). The Prevalence and Characteristics of Substance Abusers in a Child Protective Service Sample, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4 (2), 33-50.
- Lavandier, K.-A., Venne, M., et Perreault, E. (2009). La volonté d'agir au CHUM : 30 ans à l'écoute des parents consommateurs et de leurs enfants, dans P. Morissette et M. Venne (dir.). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire* : 125-141. Montréal, Canada : Éditions Saint-Justine.
- Lavergne, C., Turcotte, G. Morissette, P., et Racicot, C. (2012). *Des nouvelles de Main dans la main : quelques résultats préliminaires sur les effets*. Bulletin Main dans la main, Centre de recherche, CJM-IU.
- Lavergne, C., et Morissette, P. (2012). Consommation maternelle abusive d'alcool ou de drogue entourant la naissance : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux nouvelles mères et pratiques d'intervention, dans Brochu, S., Landry, M. et Patenaude, C. (Dir). *L'intégration des services en toxicomanie*. Québec, Les presses de l'Université Laval.
- Lavergne, L., Morissette, P., Dionne, M., et Dessureault, S. (2009). Facteurs-clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale, dans P. Morissette et M. Venne (dir.). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire* : 143-177. Montréal, Canada : Éditions Saint-Justine.
- Lejeune, C. (2009). Les risques pour l'enfant, dans L. Simmard-Durand (dir.). *Grossesse avec drogues : entre médecine et sciences sociales* : 49-64. Paris : L'Harmattan.
- Mayer, M., Lavergne, C., Guyon, L., Gemme, E., et al. (2004). Toxicomanie parentale et négligence envers les enfants : les révélations de l'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ), dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (dir.). *Jeunesse et toxicomanies : bilan des connaissances et des recherches québécoises sur l'usage et l'abus de substances chez les jeunes et leurs familles*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Devault, A., Rondeau, G., et Roux, M.-É. (2009). Le partenaire des consommatrices abusives de substances psychoactives : un acteur clé pour la sécurité et le bien-être optimal des enfants, dans P. Morissette et M. Venne (dir.). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire* : 196-218. Montréal, Canada : Éditions Saint-Justine.
- Morissette, P., et Venne, M. (2009). Modèle d'évaluation du contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives, dans P. Morissette et M. Venne (dir.). *Parentalité alcool et drogues : un défi multidisciplinaire* : 27-48. Montréal, Canada : Éditions Sainte-Justine.
- Ouellet, F. (2009). Ma pratique de la recherche-action, de la promotion de la santé à l'engagement paternel, dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget (dir.). *ProsPère : La paternité au XXI<sup>e</sup> siècle*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Petiau, A., et Pourtau, L. (2011) Regard sur la participation de populations marginalisées à la recherche-action. Le cas des squatteurs en Île-de-France, *Revue Interventions économiques*. [En ligne], 43 | 2011, mis en ligne le 1<sup>er</sup> mai 2011, consulté le 28 février 2013. URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/1375>.
- Prilleltensky, I., Nelson, G., & Peirson, L. (eds) (1999). *Promoting Family Wellness and Preventing Child Maltreatment. Fundamentals for Thinking and Action*, The family Wellness Project Team, Social Development Partnerships, Human Resources Development Canada.
- Reason, P., & Bradbury, H. (dir.). (2008). *Handbook of Action Research : Participative Inquiry and Practice*. London, UK : Sage Publications.
- Saini, M., & Léveillé, S. (2011). Research-community Partnerships : a Systematic Synthesis of Qualitative Research. In S. Léveillé, N. Trocmé, I. Brown & C. Chamberland (dir.). *Research-community Partnerships in Child Welfare*: 1-41. Toronto, Canada : Centre of Excellence for Child Welfare.
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*. Paris, France : Belin Sup Psychologie.
- Verspieren, M., et Chia, E. (2012). Rôle d'une recherche-action sur la diffusion des savoirs et la modification du contexte social, dans B. Bourassa et M. Boudjaoui (dir.). *Des recherches collaboratives en sciences humaines et sociales (SHS) : enjeux, modalités et limites* : 47-76. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.

# L'apport du partenariat recherche-pratique en protection de l'enfance : l'exemple de la redéfinition des services en foyers de groupe

par

*Doris Chateauneuf*, Ph. D.

Chercheure d'établissement

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Courriel : dorischateauneuf.cj03@sss.gouv.qc.ca

*Sylvie Bilodeau*

Éducatrice en foyer de groupe

Affiliation : Centre jeunesse de Québec –

Institut universitaire

Description de la démarche de partenariat entre les chercheurs, les gestionnaires et les praticiens, utilisée par le Centre jeunesse de Québec lors de la réorganisation des foyers de groupe pour les 9-13 ans. Étapes de la recherche, défis et impacts sur les acteurs impliqués.

Description of the partnership steps used by the researchers, the managers and practitioners of the Quebec Youth Centre, while reorganizing the 9-13 youth centres. Stages of the research, challenges and impacts on the partners.

En 1995, le Centre jeunesse de Québec se voyait attribuer la désignation d'« Institut universitaire » par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cette nouvelle désignation visait alors à mieux intégrer les fonctions principales de l'université (recherche, enseignement et transfert de connaissances) et la mission de dispensation de services à la population qui incombe aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2010 : 22). En raison de son statut d'institut universitaire, le CJQ-IU a donc la responsabilité d'établir une plus grande alliance entre la pratique et la recherche et de promouvoir le développement d'une

culture organisationnelle axée sur l'utilisation des connaissances les plus actualisées, tant dans la pratique professionnelle que dans la gestion clinique. Au sein des établissements sociaux désignés comme des instituts universitaires, la mise en place de recherches en partenariat est facilitée par la présence d'une équipe de chercheurs d'établissement<sup>1</sup>. Cette structure organisationnelle contribue au rapprochement de la recherche et de la pratique et à la valorisation de l'utilisation des connaissances issues de la recherche. L'implantation de nouveaux programmes ou le développement de guides de pratiques s'inscrivent généralement dans un processus faisant appel à la recherche. Le recours à cette dernière est d'ailleurs bien intégré en ce qui a trait à l'évaluation des pratiques.

Cet article fait état de la démarche de partenariat qui a été privilégiée dans le cadre de la redéfinition de l'offre de services dans les foyers de groupe destinés aux 9-13 ans au CJQ-IU. Il propose une définition des composantes et des enjeux du travail en partenariat et présente comment ce type d'approche peut être déployé à l'intérieur d'un mandat organisationnel qui interpelle tant la pratique, la gestion que la recherche.

## 1. Le partenariat recherche-pratique en milieu organisationnel

L'implication commune et partagée des utilisateurs<sup>2</sup>, des gestionnaires et des chercheurs dans un projet spécifique constitue une stratégie fréquemment proposée pour favoriser l'utilisation des connaissances et l'implantation de nouvelles pratiques (Belleau, 2011; Cloutier, Carrier et Turcotte, 2003; Hemsley Brown et Sharp, 2003; Gervais, Chagnon, Tron-Bardon et Paccioni, 2011; Vingilis, Hartford et Schrecker, 2003; Walter, Davies et Nutley, 2003). Dans un contexte organisationnel comme celui du CJQ-IU, les partenariats entre les milieux de recherche et de pratique sont essentiels tant pour l'avancement des connaissances que pour l'implantation de nouvelles pratiques.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 24-32.

## 1.1 Définition et caractéristiques du partenariat

Le partenariat recherche-pratique (aussi connu sous le nom de « recherche-action », « modèle de coopération », « approche interactive », « recherche collaborative ») s'inscrit dans une vision dynamique du transfert des connaissances dans laquelle ce dernier est considéré comme un processus itératif et évolutif intégré dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances (IRSC, 2005). Le partenariat recherche-pratique repose sur l'échange et le partage des connaissances entre les différents acteurs impliqués et s'intéresse tant aux connaissances issues de la recherche qu'à celles issues des savoirs tacites<sup>3</sup>. En ce sens, il privilégie un type de recherche centré sur la pratique et capable de répondre aux préoccupations et aux besoins des praticiens. Selon Greenhalgh et Wieringa (2011), la taxonomie des connaissances et de la recherche est subdivisée en deux catégories : une première qui met de l'avant un type de recherche scientifique traditionnelle dirigée par curiosité et produisant des résultats appliqués ou non, et une deuxième émergeant d'une collaboration active et bidirectionnelle entre chercheurs, décideurs, bailleurs et autres parties prenantes. Les partenariats recherche-pratique tendent à privilégier ce dernier type de recherche et visent la plupart du temps une utilisation directe des connaissances produites.

Chagnon et Gervais (2011) distinguent quatre caractéristiques principales de la recherche en partenariat : d'abord, elle repose sur une entente réciproque entre chercheurs et partenaires de la pratique; ensuite, elle exige le partage d'un objectif commun; en troisième lieu, elle requiert une mise en commun des ressources et des expertises; enfin, elle se développe selon un processus itératif qui se construit au fil du temps.

## 1.2 Les défis liés au travail en partenariat

La diversité professionnelle généralement représentée au sein des partenariats recherche-pratique conduit à des solutions variées et intéressantes (Lasker, Weiss et Miller, 2001). Mais cette diversité constitue aussi un défi, principalement en raison du fossé qui sépare les milieux de la recherche, de la gestion et de

la pratique (Addis, 2002; Greenhalgh et Wieringa, 2011; Stokols, 2006; Garland, Plemmons et Koontz, 2006; Hemsley Brown et Sharp, 2003; Lasker et al., 2001; Hinkin, Holtom et Klag 2007; Vingilis et al. 2003; Waddell et al. 2005). Cet écart séparant les chercheurs des praticiens s'expliquerait principalement par le fait qu'ils n'ont pas les mêmes perceptions à l'égard de la nature et du rôle de la recherche (Hemsley-Brown, 2004). Dans le cadre d'une recherche en partenariat, les objectifs et les cibles à atteindre font généralement consensus entre les acteurs. C'est davantage en ce qui concerne l'organisation de la marche à suivre et des priorités d'action que les visions diffèrent. Les chercheurs tendent à privilégier une réflexion basée sur la rigueur et l'objectivité et accordent une importance centrale à la scientificité de leur démarche. Les praticiens et les gestionnaires, soumis au climat d'urgence, sont davantage préoccupés par les problèmes quotidiens et le manque de ressources (matérielles et humaines). Greenhalgh et Wieringa (2011) soulignent qu'aux yeux des praticiens, la recherche scientifique est souvent ambiguë, incomplète, partisane et sujette à plusieurs interprétations. Les plus sévères lui reprochent d'être limitée et peu pertinente pour la réalité de la pratique clinique. Les praticiens recherchent davantage des solutions applicables alors que les chercheurs visent le développement de nouvelles connaissances et de nouveaux savoirs. Par conséquent, plusieurs praticiens et gestionnaires jugent du mérite d'une étude selon l'opérationnalité et l'applicabilité des résultats aux problèmes rencontrés (Hemsley Brown et Sharp, 2003), un jugement que déplorent certains chercheurs. De leur côté, ces derniers sont parfois réticents à s'investir dans un projet en partenariat qui tend à favoriser un type de recherche dont les résultats peuvent s'avérer moins propices à la publication dans des revues spécialisées.

S'intéressant plus spécifiquement aux différences qui persistent entre les chercheurs et les décideurs en contexte organisationnel, le MSSS (2008) résume ainsi le fossé entre les deux parties : les chercheurs ont besoin de temps pour faire une recherche alors que les décideurs ont des objectifs à court terme; les chercheurs sont influencés par leurs pairs et les décideurs, par le contexte politique; les

chercheurs sont soumis à des milieux concurrentiels et les décideurs à des décisions rapides; les chercheurs ont un intérêt pour la recherche conceptuelle, alors que c'est la recherche « clé en main » qui intéresse les décideurs (MSSS, 2008 : 26).

Le succès du partenariat recherche-pratique pose donc des exigences particulières aux membres participants. En visant plus spécifiquement le modèle coopératif recherche-intervention, Cloutier et al. (2003 : 109) soulignent que celui-ci bouscule l'identité professionnelle des acteurs parce qu'il leur demande de composer avec la réalité de l'autre et de concevoir la recherche et la pratique différemment : « en rapprochant chercheurs et cliniciens à toutes les étapes de la recherche, le développement des connaissances et des pratiques en sort gagnant, mais ceci ne va pas sans une bonne dose de tolérance et d'adaptation de part et d'autre » (Cloutier et al., 2003 : 108). Selon Stokols (2006), les partenariats recherche-pratique incitent les professionnels à aller au-delà de leur zone de confort disciplinaire et à s'engager dans des relations respectueuses. Chacun des acteurs (intervenant, chercheur, gestionnaire) doit pouvoir comprendre les réalités professionnelles de l'autre et reconnaître ses préoccupations (Hinkin et al., 2007; Presse, 2009). Cette exigence mène aussi à la nécessité de faire des compromis en regard des procédures à privilégier et des objectifs à atteindre (Casey, 2008).

### **1.3 Responsabilités partagées, volonté commune**

Certains auteurs précisent que la reconnaissance et le respect des différences entre chercheurs et utilisateurs, que ce soit en matière de culture, de barèmes de temps ou de méthodes de travail, passent par une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun (Cornelissen, Mitton et Sheps, 2011; Garland et al., 2006; Walter et al., 2003). Par exemple, les chercheurs ont la responsabilité de présenter des résultats de recherche pertinents et adaptés aux besoins du milieu de pratique concerné et de s'assurer que les connaissances produites respectent les standards de validité scientifique (Gervais et al., 2011). Pour y arriver, ils doivent être attentifs au contexte et aux réalités organisationnelles du milieu dans lequel ils travaillent

(Hinkin et al., 2007) et développer des attentes plus réalistes envers l'utilisation de la recherche (Waddell et al., 2005). De leur côté, les intervenants s'assurent que les solutions proposées correspondent aux contextes et aux préoccupations des utilisateurs. Les intervenants impliqués dans les partenariats constituent à bien des égards les porteurs du projet auprès des milieux de pratique (Belleau, 2011). En ce sens, ils doivent appuyer la démarche de recherche et partager la pertinence de poser un regard évaluatif sur les pratiques et les services en place. L'un des grands défis du partenariat recherche-pratique est donc d'allier des visions différentes à un seul et même projet et d'établir des objectifs réalistes, mais appuyés par l'ensemble des membres. Un partenariat idéal est un partenariat équitable, usant des forces de chacun et promouvant une pleine participation aux processus de décision, sans limites hiérarchiques (Casey, 2008 : 79).

Sur le plan structurel, le partenariat nécessite des investissements importants (en matière de temps et de ressources) de la part des praticiens, des chercheurs et des organisations impliquées. Les acteurs concernés doivent pouvoir consacrer le temps nécessaire aux réunions et autres activités prévues dans le cadre du projet de partenariat. Gervais, Chagnon et Paccioni (2009) soulignent aussi l'importance de planifier des occasions de rencontre et d'échange et de mettre en place des systèmes de communication adéquats qui facilitent la transmission d'informations. La fréquence des échanges entre chercheurs et praticiens à toutes les étapes de réalisation des recherches scientifiques demeure un déterminant central de l'utilisation des connaissances (Gervais et al., 2011).

Malgré tout, une part importante du succès du travail en partenariat repose sur des facteurs qui relèvent davantage du « savoir-être » et de compétences relationnelles que du « savoir-faire ». La qualité des relations entre les praticiens, les chercheurs et les gestionnaires demeure cruciale : les compromis négociés entre ceux-ci doivent être basés sur une confiance et un respect mutuels. Selon Stokols (2006 : 68), la transdisciplinarité exige une éthique d'ouverture, de tolérance et de respect envers des perspectives autres que celles

intégrées et un engagement à la médiation lorsque des conflits de valeurs ou d'intérêts sont négociés.

## **2. Les foyers de groupe destinés aux 9-13 ans**

Dans le contexte des Centres jeunesse, les foyers de groupe désignent une ressource d'hébergement destinée aux enfants ou aux adolescents dont la sécurité ou le développement sont compromis. Il s'agit généralement d'enfants que les parents (ou encore le milieu familial substitutif) n'arrivent plus à garder en raison des diverses problématiques que rencontre la famille. Dans son plan d'organisation, le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (CJQ-IU) définit le foyer de groupe comme « un milieu de vie normalisant dans la communauté qui offre un encadrement adapté aux besoins individuels du jeune, lui permettant de s'approprier des habiletés qui lui sont nécessaires pour reprendre et poursuivre son développement dans la communauté (famille, école, loisirs, etc.) » (CJQ-IU, 2012 : 39). Les foyers de groupe destinés aux 9-13 ans (aussi appelés foyers « petits ») offrent aux enfants en difficulté d'adaptation des services spécialisés de réadaptation<sup>4</sup>.

De façon générale, les enfants hébergés dans ce type de services constituent une clientèle vulnérable souvent aux prises avec des problématiques multiples sur les plans émotionnel et comportemental. Le personnel qui œuvre auprès de ces jeunes rencontre des difficultés notables, tant d'un point de vue clinique qu'administratif. La complexification de l'intervention auprès des enfants âgés de 9 à 13 ans et les demandes de surplus financier ont mené à la décision de redéfinir l'offre de services dans les foyers « petits » et de développer des pratiques plus efficaces. C'est dans ce contexte qu'un mandat organisationnel a été élaboré. Ce mandat comportait trois phases distinctes : 1- la définition de la clientèle et des pratiques en foyer de groupe; 2- la définition de l'offre de service; 3- l'implantation de celle-ci.

## **3. Structure et démarches de partenariat**

Au moment de commencer cette démarche, il a été convenu de mettre sur pied un comité consultatif composé de treize personnes issues de différents groupes professionnels (le coordonnateur des foyers de groupe, une cher-

cheure, une chargée de projet, trois chefs de service, une spécialiste en activités cliniques, une intervenante sociale, une mentore et quatre éducateurs/éducatrices). Ce groupe, représentatif sur les plans professionnel et hiérarchique, se réunissait de façon ponctuelle selon l'avancement des travaux. Les membres de ce comité avaient comme responsabilité de suivre l'évolution de la démarche et d'en informer leurs équipes respectives. Leur présence au sein du comité leur permettait également de se prononcer et de partager leurs points de vue sur les mesures et les changements envisagés. Ils ont également été sollicités lors de la phase de collecte de données. Stratégiquement, la présence d'un tel comité est aussi indispensable pour s'assurer de l'appui des milieux de pratique au moment d'implanter les changements retenus. Parallèlement au comité consultatif, un comité restreint a aussi été mis sur pied. Ce comité était composé d'un gestionnaire (coordonnateur des foyers de groupe), d'une chargée de projet (éducatrice d'expérience en foyer de groupe) et d'une chercheure. Ces trois personnes étaient simultanément impliquées dans les deux comités (consultatif et restreint).

Le comité restreint avait pour mandat de dresser un portrait de la situation dans les foyers destinés aux 9-13 ans et de documenter les pratiques en cours ainsi que les difficultés rencontrées par les intervenants dans les foyers. C'est donc dans le cadre de la première phase du projet qu'un portrait détaillé de la clientèle et des pratiques en foyer de groupe « petits » a été établi (Chateaufort, 2013). La réalisation de ce portrait s'inscrivait dans une démarche de réflexion autour des pratiques actuelles en foyer de groupe 9-13 ans et visait une meilleure connaissance des caractéristiques de la clientèle et des problématiques rencontrées par les intervenants. Les profils de tous les enfants (n = 34) hébergés dans les cinq foyers de groupe du CJQ-IU ont été étudiés. De plus, plusieurs consultations ont été menées auprès des intervenants, des éducateurs et des gestionnaires pour bien circonscrire les problématiques vécues dans les foyers et leurs enjeux sur les plans organisationnel et clinique. Cette tâche impliquait un partenariat étroit entre la pratique, la gestion et la recherche. Lors de la première phase du mandat, soit celle de la définition de la clientèle et des pratiques en

foyer de groupe, ce comité s'est penché sur les procédures et les méthodes à privilégier pour dresser le portrait de la clientèle et celui des pratiques. Les membres de ce comité ont développé les outils (questionnaires, grilles d'analyse des dossiers informatisés, grilles de consultation aux enfants) et coordonné la collecte des données. Le travail effectué conjointement pour structurer les outils permettait d'adapter le contenu des questionnaires et des grilles aux réalités terrain et de combiner les préoccupations des différents acteurs impliqués. La réalisation du portrait était aussi traversée par la préoccupation d'intégrer les connaissances et les savoirs cliniques des intervenants, des éducateurs et des chefs de service et de considérer leur expertise. Les enfants hébergés ont également été interpellés pour faire part de leurs opinions sur les différentes facettes qu'implique la vie en foyer de groupe. Sur le plan méthodologique, cinq méthodes ont été utilisées afin de recueillir les informations nécessaires à la réalisation du portrait des enfants hébergés et des pratiques actuelles dans les foyers de groupe destinés aux 9-13 ans du CJQ-IU :

- **Questionnaire individuel sur les caractéristiques de chacun des 34 jeunes hébergés.** Ce questionnaire était rempli par l'éducateur tuteur de chaque enfant. Il contenait des **données sociodémographiques** (âge actuel, sexe, âge à l'ouverture de dossier, âge au moment du placement, foyer actuel) et dressait un portrait du jeune d'un point de vue **familial** (projet de vie, placements antérieurs, fréquence des contacts avec les parents, fratrie), **scolaire** (niveau scolaire, type de classe fréquentée, nombre et durée des suspensions), **médical** (santé physique et mentale, médication), **communautaire** (activités et sorties) et **comportemental** (crises agressives, types d'agression). Le questionnaire contenait quelques questions à choix multiples, mais aussi des questions d'ordre plus général et certaines questions ouvertes;
- **Étude des dossiers informatisés de chaque jeune.** Les dossiers informatisés de chaque jeune ont été consultés et des informations complémentaires ont pu être extraites de ceux-ci à partir d'une grille élaborée au

préalable. La consultation du profil du jeune et la lecture des différents rapports écrits présents dans le dossier (évaluation, application des mesures, révision) ont permis de confirmer certaines informations fournies par les éducateurs-tuteurs et de recueillir des données supplémentaires. Ainsi, tous les placements antérieurs vécus par les jeunes ainsi que la durée de ceux-ci ont pu être inventoriés. La qualité et la fréquence des contacts avec les parents ont pu être établies, les problématiques vécues par les parents, ainsi que le nombre d'enfants dans la fratrie et leur milieu de vie ont été recensés;

- **Questionnaire sur les pratiques.** Dans ce questionnaire, les éducateurs (n = 20), devaient se prononcer sur les outils et les programmes utilisés, sur leur implication dans le cheminement scolaire des enfants, sur la qualité des lieux physiques (espaces, installations), sur la qualité des liens de partenariat, sur la pertinence du bénévolat, sur les défis et les difficultés rencontrés dans leur foyer sur le plan clinique ainsi que sur les réussites observées. Le questionnaire contenait des questions ouvertes et des questions à choix multiples;
- **Enquête terrain réalisée par sous-groupe de travail.** Pour favoriser les échanges entre les membres du comité consultatif et l'ensemble des éducateurs des cinq foyers concernés, des sous-groupes de travail ont été mis sur pied. Quatre équipes réunissant chacune de trois à quatre membres du comité consultatif ont été formées. Le travail de chaque équipe consistait à recueillir diverses informations auprès des collègues et des collaborateurs (éducateurs, agents de relations humaines, spécialistes en activités cliniques, etc.) sur le thème qui leur était attribué. Ces thèmes (la famille, le communautaire, le scolaire et les crises agressives) ont été définis conjointement par tous les membres du comité consultatif. Chaque sous-groupe devait faire état des problématiques rencontrées, des avenues à développer ou encore des réussites cliniques observées en lien avec leur thème.
- **Grille de consultation adressée aux jeunes.** Dans cette grille de consultation, les enfants devaient évaluer différents aspects de la vie

en foyer de groupe. Au total, 26 enfants<sup>5</sup> des cinq foyers de groupe, dont 15 garçons et 11 filles ont répondu à la grille.

Pour la collecte des données, une approche participative a été privilégiée et la contribution de plusieurs personnes a été sollicitée. Le partage des tâches pour cette étape de la recherche a permis d'adapter la collecte des données aux horaires des intervenants et aux routines des foyers (dans le cas des consultations menées auprès des enfants). Par ailleurs, il a même été possible d'impliquer les stagiaires universitaires du CJQ-IU. En effet, ce sont eux qui se sont rendus dans les foyers et qui devaient rencontrer les enfants pour la distribution des grilles de consultation. Quant aux enquêtes terrain réalisées par les sous-groupes de travail, celles-ci ont permis une implication directe de l'ensemble des membres du comité consultatif. Selon Vingilis et al. (2003), le fait d'utiliser une méthodologie participative incite les membres participants à utiliser des techniques de recherche et favorise le transfert et l'utilisation des connaissances dans la mesure où les potentiels utilisateurs sont plus enclins à adhérer aux changements proposés s'ils ont participé à la démarche de réflexion. De plus, ce type d'approche permet au chercheur de ne pas porter seul le projet et de travailler en coresponsabilité avec l'intervenant.

Parallèlement au processus de collecte des données, différentes initiatives de transfert des connaissances ont aussi été planifiées au cours de cette première phase du mandat. Ces activités ont été effectuées conjointement par la chargée de projet et la chercheure. Après compilation des données, les résultats préliminaires étaient synthétisés et présentés aux participants sous forme de PowerPoint, de dépliant ou encore de documents récapitulatifs, et ce, de façon ponctuelle. Le format des productions était adapté aux publics visés : par exemple, les résultats à la grille de consultation qui s'adressait aux enfants leur étaient présentés sous forme imagée et accessible pour des enfants de cet âge. La collaboration avec le terrain en ce qui concerne le choix des moyens utilisés pour la diffusion des résultats facilite la compréhension des données présentées. Si le chercheur a généralement tendance à attendre la fin complète de ses travaux et le dépôt de son rapport pour divulguer les résultats, la

présence d'intervenants et de gestionnaires contribue à lui rappeler l'importance d'effectuer un suivi et de divulguer des résultats préliminaires aux utilisateurs (intervenants et éducateurs) et aux gestionnaires pour maintenir leur intérêt au processus en cours.

Au-delà d'un mandat commun et d'un partage des processus décisionnels quant aux procédures à suivre, les membres de ce comité restreint avaient aussi des rôles spécifiques. Le gestionnaire impliqué devait s'assurer de mobiliser les équipes concernées et d'obtenir l'appui des chefs de service. Il devait aussi s'assurer que certaines considérations ou contraintes administratives et logistiques soient respectées. Une part importante du leadership revenait également au gestionnaire. La chargée de projet occupait une position pivot : d'une part, elle devait comprendre les réalités et les enjeux associés à la recherche (cadres méthodologiques à respecter, délais d'analyse et de production des écrits), mais aussi veiller à ce que les intérêts des intervenants et des enfants hébergés demeurent prioritaires. La chercheure impliquée avait comme principal mandat de s'assurer de la validité des méthodes utilisées et des données produites. Elle avait aussi la responsabilité de divulguer les résultats de façon accessible et compréhensible pour les intervenants et les gestionnaires.

#### **4. Les retombées du travail en partenariat**

Les travaux de recherche qui se sont intéressés au travail en partenariat font état de nombreux effets positifs (Bowen et Martens, 2005; Garland et al. 2006, Cloutier et al. 2003; Mitchell, Pirakis, Hall et Haas, 2009). Mitchell et al (2009), qui se sont penchés plus spécifiquement sur les partenariats dans le domaine de la santé, soulignent que les interactions bidirectionnelles peuvent aussi amener les chercheurs à mieux comprendre le processus de prise de décision et, inversement, les décideurs à mieux comprendre le processus de la recherche (2009 : 105). Certaines retombées concernent plutôt le contenu des connaissances produites (Gervais et al., 2011; Walter et al. 2003). Selon Gervais et al. (2011), la fréquence des échanges entre les chercheurs et les praticiens encourage la délibération sur les besoins en matière de connaissances à produire, sur l'intégration des expertises et sur l'adaptation au contexte

de pratique. À leur tour, ces échanges favoriseraient la pertinence des connaissances scientifiques produites et l'utilisation de celles-ci au sein des pratiques cliniques et de gestion. Certaines retombées, dont les effets sont moins tangibles dans le court terme, doivent tout de même être considérées. Dans le cadre d'un partenariat de recherche impliquant plusieurs organisations (CSSS, écoles, organismes communautaires) et portant sur les jeunes du quartier Bordeaux-Cartierville de la région de Montréal, Belleau (2011) relève la présence de retombées collatérales, dont l'intérêt plus manifeste des intervenants pour la recherche et le recours plus fréquent à celle-ci dans des projets ultérieurs. Du côté des chercheurs, outre une meilleure connaissance des contextes de pratiques et des défis rencontrés par les intervenants et les gestionnaires, ce type de partenariat offre un accès privilégié au terrain et aux données de recherche. Cette proximité constitue un bénéfice non négligeable pour les chercheurs.

Dans le cadre de la réalisation du portrait des jeunes hébergés dans les foyers de groupe destinés aux enfants âgés de 9 à 13 ans, la démarche a permis de formaliser les préoccupations des intervenants, des éducateurs et des gestionnaires (chefs de service) et de considérer celles-ci lors de la révision de l'offre de services. À ce titre, il est essentiel de sensibiliser les milieux de pratiques au fait que l'évaluation et la documentation de leurs pratiques contribuent directement au développement de réponses mieux adaptées à leurs besoins. Même si la dimension réflexive et critique qui accompagne ce type de démarche a un impact sur l'amélioration des services, celui-ci n'est pas toujours visible au premier abord pour les utilisateurs. Dans ce cas-ci, la réalisation du portrait constituait une première étape à la révision de l'offre de services. Ce portrait permettait de proposer des changements à partir de l'analyse des bilans et des constats dressés (caractéristiques de la clientèle; enjeux et difficultés relevés par le terrain; point de vue des enfants sur leur foyer de groupe). Ultiment, ce type de partenariat est plus susceptible de mener à une organisation des services adaptée aux besoins des intervenants et des jeunes. Il contribue également à établir une confiance entre les acteurs des différents

milieux et à favoriser l'adhésion des intervenants aux stratégies et aux changements mis en place par la suite.

À la suite des travaux réalisés dans le cadre du portrait et des résultats qui en ont émergé, le comité a pu établir des pistes d'action à prioriser pour la révision et la redéfinition de l'offre de services. Chaque objectif priorisé était accompagné d'une série de moyens à mettre en place. Certains moyens retenus ont demandé la contribution de la recherche (par exemple la recension des programmes et des outils disponibles pour le développement des habiletés sociales des enfants de 9 à 13 ans) alors que d'autres, plus structurels, exigeaient surtout une planification des ressources. Dans l'ensemble, cette deuxième phase du projet était plus axée sur la définition détaillée et l'implantation de l'offre de services, et exigeait surtout un travail de coordination des services entre les directions et les partenaires concernés.

## Conclusion

L'utilisation des connaissances issues de la recherche pose de nombreux défis dans les contextes d'intervention en protection de l'enfance (Chagnon, Malo, et Pigeon, 2006; Chagnon, Pouliot, Malo, Gervais et Pigeon, 2010; Chateaufort, Drapeau et Larrivée, sous presse; Trocmé et al., 2009). Le recours au partenariat de recherche constitue à bien des égards une stratégie efficace pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques et améliorer les pratiques. Le type de partenariat présenté dans cet article s'inscrit dans un contexte intra-organisationnel qui est plus spécifiquement celui d'un centre jeunesse. Mais d'autres formes de partenariat, plus ancrées dans la communauté et impliquant une collaboration inter-organisationnelle, mériteraient certainement d'être développées et éventuellement analysées dans le cadre d'une démarche comme celle-ci.

## Descripteurs :

Centre jeunesse de Québec. Institut universitaire (Québec, Québec) // Recherche praticiens-chercheurs // Service social - Recherche - Relations avec la pratique professionnelle // Recherche-action  
Relationships between scientists and social workers // Social work research - Links with professional practice // Action research

## Notes

- 1 Les chercheurs d'établissement possèdent une expertise en recherche appliquée et sont détenteurs d'un doctorat. Ils jouent un rôle clé dans l'interface entre chercheurs, intervenants et gestionnaires et assument un leadership dans la production de connaissances utiles aux praticiens et aux gestionnaires. Dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec, seuls ceux de Montréal (CJM-IU) et de Québec (CJQ-IU) comptent des chercheurs d'établissement parmi leurs employés.
- 2 Dans la littérature sur le transfert des connaissances, lorsque le propos se situe en contexte médical ou hospitalier, le terme « utilisateurs » renvoie aux infirmières ou encore aux médecins. Dans les établissements de services sociaux comme les Centres jeunesse (CJ) ou les Centres de santé et services sociaux (CSSS), on fait plutôt référence aux intervenants.
- 3 On entend par « connaissances tacites » ou « savoirs tacites » des compétences innées ou acquises souvent attribuées à l'expérience personnelle et au vécu. Les connaissances tacites sont difficiles à formaliser par écrit, voire à communiquer, en raison principalement de leur caractère intuitif et non verbalisable (Polanyi, 1966).
- 4 Au CJQ-IU, on dénombre cinq foyers de groupe destinés aux 9-13 ans qui sont situés dans différents secteurs de la municipalité de Québec. De l'extérieur, rien ne distingue un foyer de groupe d'une maison unifamiliale. L'environnement physique de ces foyers se veut le plus normalisant possible pour les enfants.
5. Comme les grilles de consultation ont été distribuées durant l'été, le nombre de participants est plus bas que le nombre réel d'enfants habituellement hébergés dans les cinq foyers de groupe destinés aux 9-13 ans du CJQ-IU (entre 30 et 40).

## Références

- Addis, M. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidencebased practice: Promises, obstacles, and future directions, *Clinical psychology: Sciences and practice*, 9 (4), 367-378.
- Belleau, H. (2011). De la mobilisation des connaissances au partenariat de recherche : le cas du Portrait des jeunes du quartier Bordeaux-Cartierville à Montréal, *Revue SociologieS*, Dossiers : Les partenariats de recherche. <http://sociologies.revues.org/3735>.
- Bowen, S., & Martens, P. (2005). Demystifying knowledge translation: learning from the community, *Journal of Health Services Research et Policy*, 10 (4), 203-211.
- Casey, M. (2008). Partnership-success factors of interorganizational relationships, *Journal of Nursing Management*, 16, 72-83.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2012). *Plan d'organisation du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire*. Québec : CJQ-IU.
- Chagnon, F., Malo, C., et Pigeon, M.-E. (2006). L'application des connaissances scientifiques à l'intervention auprès des jeunes et des familles : conjuguer savoirs empirique, clinique et expérientiel, *Défi jeunesse*, 12 (3) : 29-35.
- Chagnon, F., et Gervais, M.-J. (2011). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale. Partie II, étude de la validation*. Rapport de recherche, Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC).
- Chagnon, F., Pouliot, L., Malo, C., Gervais, M.-J., & Pigeon, M.-E. (2010). Comparison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services, *Implementation Science*, 5, 41.
- Chateaufort, D. (2013). *Les foyers de groupe destinés aux 9-13 ans : un portrait des enfants et des pratiques*. Rapport de recherche. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- Chateaufort, D., Drapeau, S., et Larrivée, M.-C. (sous presse). « Le défi de systématiser le transfert des connaissances : la démarche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, dans F. Chagnon (ed.). *Accélérer l'utilisation des connaissances dans les organisations*. Québec : PUQ.
- Cloutier, R., Carrier, G., et Turcotte, D. (2003). Le rapprochement des chercheurs et des cliniciens pour le transfert des connaissances : l'expérience du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, *PRISME*, 42, 108-127.

- Cornelissen, E., Mitton, C., & Sheps, S. (2011). Knowledge translation in the discourse of professional practice, *International Journal of Evidence Based Health Care*, 9, 184-188.
- Garland, A. F., Plemmons, D., & Koontz, L. (2006). Research-Practice Partnership in Mental Health : Lessons from Participants, *Adm. Policy Ment. Health Serv. Res.*, 33, 517-528.
- Gervais, M.-J., Chagnon, F., et Paccioni, A. (2009). Défis prioritaires pour une meilleure utilisation des connaissances scientifiques au sein du CJM-IU, *Défi jeunesse*, 16 (1), 4-9.
- Gervais, M.-J., Chagnon, F., Tron-Bardon, C., et Paccioni, A. (2011). Importance des échanges entre chercheurs et praticiens pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques : étude de cas en Centre jeunesse, *Intervention*, 134, 69-78.
- Greenhalgh, T., & Wieringa, S. (2011). Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 501-509.
- Institut de recherche en santé du Canada (2012, mise à jour). À propos de l'application des connaissances aux IRSC. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html>, consulté le 20 janvier 2013.
- Hemsley-Brown, J. (2004). Facilitating research utilisation: A cross-sector review of research evidence, *The International Journal of Public Sector Management*, 17 (6), 534-552.
- Hemsley Brown, J., & Sharp, C. (2003). The Use of Research to improve Professional Practice: a systematic review of literature, *Oxford Review of Education*, 29 (4), 449-469.
- Hinkin, T., Holtom, B. C., & Klag, M. (2007). Developing Mutually Beneficial Relationships Between Researchers and Organizations, *Organizational Dynamics*, 36 (1), 105-118.
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership Synergy: A practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage, *The Milbank Quarterly*, 79 (2), 179-205.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Cadre pour un transfert des connaissances au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec : Santé et Services sociaux : Direction de la recherche et de l'innovation.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Cadre de référence pour la désignation des établissements du secteur des services sociaux*. Québec : MSSS.
- Mitchell, P., Pirkis, J., Hall, J., & Haas, M. (2009). Partnerships for knowledge exchange in health services research, policy and practice, *Journal of Health Services Research et Policy*, 14 (2), 104-111.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. London: Routledge.
- Presse, M.-C. (2009). Analyse des pratiques et transformations des pratiques : une question de valeurs? : dans C. Albaladejo et al. (eds). *La mise à l'épreuve : le transfert des connaissances scientifiques en questions* : 141-156. Paris : QUAE.
- Stokols, D. (2006). Toward a Science of Transdisciplinary Action Research, *American Journal of Community Psychology*, 38, 63-77.
- Trocmé, N., Esposito, T., Laurendeau, C., Thomson, W., et Milne, L. (2009). La mobilisation des connaissances en protection de l'enfance, *Criminologie*, 42 (1), 33-59.
- Vingilis, E., Hartford, K., & Schrecker, T. (2003). Integrating Knowledge Generation with Knowledge Diffusion and Utilization», *Canadian Journal of Public Health*, 94 (6), 468-471.
- Waddell, C., Lavis, J. N., Abelson, J., Lomas, J., Shepherd, C. A., Bird-Gayson, T., Giacomini, M., & Offord, D. R. (2005). Research use in children's mental health policy in Canada: Maintaining vigilance amid ambiguity, *Social Science et Medicine*, 61 (8), 1649-1657.
- Walter, I., Davies, H., & Nutley, S. (2003). Increasing research impact through partnerships : evidence from outside health care, *Journal of Health Services Research et Policy*, 8 (2), 58-61.

## Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile

par

*Nathalie Delli-Colli, T.S.*

Professeure

École de travail social

Faculté des lettres et des sciences humaines

Université de Sherbrooke

Courriel : [nathalie.delli-colli@sherbrooke.ca](mailto:nathalie.delli-colli@sherbrooke.ca)

*Marie-France Dubois, Ph. D.*

Professeure agrégée

Département de santé communautaire

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

*Nicole Dubuc, Ph. D.*

Professeure titulaire

École des sciences infirmières

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Chercheuse- Centre de recherche sur le vieillissement

*Réjean Hébert, md. MPhil*

Professeur titulaire

Département de médecine de famille

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Chercheur- Centre de recherche sur le vieillissement

*Lise Trottier, M.sc*

Statisticienne

Centre de recherche sur le vieillissement

Compte-rendu d'une recherche menée auprès d'intervenants des services de soutien à domicile de quatre CSSS de l'Estrie et de leurs clients âgés.

Resumé of a study with social workers and their elderly clients from four CSSS in the Estrie region, in the field of home support services.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
**Numéro 138 (2013.1): 33-44.**

Au Québec, environ 88 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile et 6 % reçoivent des services de soutien à domicile (ministère de la Famille et des Aînés et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Dans le cadre de ces services, la fonction de travailleur social auprès des aînés et de leurs proches aidants est de déterminer et d'évaluer les besoins psychosociaux reliés à la perte d'autonomie, de mobiliser et de soutenir les ressources du réseau formel et informel et d'améliorer le fonctionnement social de l'aîné ainsi que ses conditions de vie (Berkman, Maramaldi, Breon et Howe, 2002; Matte, 2000).

Une partie des activités du travailleur social s'effectuent en présence de la personne âgée ou de son proche aidant afin de procéder à une évaluation psychosociale et de déterminer les objectifs d'intervention et de suivi psychosocial (Naito-Chan, Damron-Rodriguez et Simmons, 2004). Parallèlement, le travailleur social effectue aussi des activités dites indirectes visant l'organisation de services et l'échange d'information avec les autres professionnels de l'équipe ou les partenaires du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) (Kadushin et Egan, 2008; Matte, 2000). S'ajoutent aussi des activités non cliniques composées de tâches administratives, de participation à des comités et de supervision de stagiaires, activités qui occupent une part importante de leur travail (Delli-Colli, Dubuc, Veilleux et Gauthier, 2010).

Or, ces dernières années, les travailleurs sociaux témoignent de leur difficulté à conjuguer l'ensemble des tâches étant donné la taille de leur charge de cas, l'accroissement des tâches administratives et les besoins des usagers (Simard, 2012). Malgré cette situation, plusieurs services de soutien à domicile demandent aux travailleurs sociaux d'intervenir auprès de plus de personnes âgées et d'effectuer davantage d'activités directes. Toutefois, cette demande faite aux travailleurs sociaux ne s'accompagne pas d'une évaluation globale de l'ensemble de la charge de travail de ces derniers et des éléments pouvant l'affecter, par exemple, la

complexité des dossiers. À ce jour, il n'existe pas de standards basés sur des données probantes pour définir ce que peut représenter une charge de cas gérable ou raisonnable pour un travailleur social ou, en d'autres mots, un ratio travailleur social/nombre de dossiers.

Afin d'apporter un éclairage supplémentaire aux travailleurs sociaux sur leur charge de travail, certains auteurs ont étudié les caractéristiques des usagers qui ont une influence sur le temps fourni par des travailleurs sociaux. Ces études ont principalement eu lieu en milieu hospitalier auprès d'adultes avec des problèmes de santé physique ou mentale (Gathercole et DeMello, 2001; Semke, Stowell et Durgin, 1993). Dans ce type de milieu, où l'épisode de services est relativement délimité dans le temps, le nombre de problèmes psychosociaux, les facteurs de risque ou les ressources personnelles et sociales d'un usager pour faire face à ses difficultés ont un impact sur le temps consacré par les travailleurs sociaux (Coulton, Keller et Boone, 1985; Gathercole et DeMello, 2001; Semke et al., 1993). Les caractéristiques des travailleurs sociaux, comme leur expérience, n'ont pas été abordées dans ces études alors qu'elles peuvent avoir une influence sur le temps fourni aux usagers (Gathercole et DeMello, 2001). À ce jour, aucune étude ne s'est attardée aux caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Afin de développer un outil de gestion de la charge de travail utile au quotidien, il est important de comprendre les éléments qui affectent le temps et les différentes activités effectuées par les travailleurs sociaux.

### **Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui influencent le temps fourni aux usagers dans des services de soutien à domicile.

À cette fin, nous décrivons d'abord les caractéristiques individuelles des personnes âgées et des travailleurs sociaux œuvrant dans ces services et la répartition du temps total fourni par les travailleurs sociaux pour effectuer leurs différentes activités. Nous mettons ensuite en relation ces deux éléments et une discussion sur les principaux résultats conclut cet article.

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique à la recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) et du comité d'éthique à la recherche des CSSS de l'Estrie. L'autorisation de recruter des travailleurs sociaux a été donnée par les CSSS. Tous les participants à l'étude ont signé un formulaire d'information et de consentement.

### **Méthodologie**

#### Sélection de l'échantillon

Pour la présente étude, quatre CSSS de différentes tailles et zones géographiques ont été sélectionnés. La liste des travailleurs sociaux admissibles était fournie par les gestionnaires. Tous étaient sollicités, mais leur participation était volontaire. Pour être admissible, le travailleur social devait : 1) avoir au moins deux ans d'expérience dans sa profession; 2) travailler à temps complet; 3) exercer au moins 50 % de sa tâche en suivi psychosocial auprès des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

Les personnes âgées admissibles devaient être âgées de 65 ans et plus et avoir fait l'objet d'au moins une activité directe ou indirecte effectuée par un travailleur social recruté au cours de la période d'étude de 10 jours. Lors d'une étude précédente, en 10 jours de travail, chaque travailleur social a effectué au moins une activité dans 10 à 15 dossiers cliniques (Delli-Colli et al., 2010). En tenant compte de cette information et des refus potentiels, nous avons estimé que 10 sujets par intervenant seraient ainsi recrutés. Enfin, puisque c'est souvent avec un proche aidant que le travailleur social collabore, les proches aidants des personnes âgées recrutées ont également été sollicités pour répondre à un questionnaire.

#### Mesures et déroulement

##### *Variable dépendante*

Le temps fourni par le travailleur social était mesuré par une étude de temps et mouvement en continu par autorapportage avec le logiciel Temps et déplacements des intervenants (TEDDI) qui capte le temps de présence au travail. Développé pour la présente étude, TEDDI s'utilise avec un *iPod touch* et inclut une liste de 79 activités en travail social au soutien à

domicile : 26 activités de temps direct, 29 activités de temps indirect, 20 activités non cliniques (non reliées aux usagers) et 4 activités de temps personnel.

Avant le début de la collecte de données, les intervenants ont reçu une formation de deux heures pour utiliser TEDDI. Les travailleurs sociaux ont documenté en temps réel, pendant 11 jours, le type d'activités effectuées et le temps nécessaire. Lors de la sélection des activités directes et indirectes, le travailleur social devait préciser pour quel usager l'intervention était faite en sélectionnant le numéro de dossier correspondant. Enfin, à la fin de chaque journée, le travailleur social devait apprécier son rythme de travail sur une échelle visuelle de 0 à 100, sachant que le rythme de travail moyen est représentatif de ce que l'on peut maintenir toute la journée (Niebel et Freivalds, 2003). Cette donnée a permis d'obtenir la perception du travailleur social sur son rythme de travail en tenant compte de la fatigue et des interruptions.

Les erreurs et les omissions étaient compilées dans un journal de bord. Sur les 11 jours de données saisies, la première journée a été retirée des analyses, car elle se voulait une familiarisation avec TEDDI. À la fin des 10 journées de collecte, un relevé des dossiers cliniques dans lesquels une activité avait été réalisée permettait de constituer la liste des personnes âgées qui correspondaient aux critères d'inclusion.

### *Variables indépendantes*

#### Caractéristiques des travailleurs sociaux

Les caractéristiques des travailleurs sociaux ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire autoadministré remis lors de la formation. D'une part, plusieurs informations de nature sociodémographique comme l'âge, la formation, le nombre d'années d'expérience comme travailleur social et auprès des personnes âgées ont été demandées. D'autre part, des données sur les caractéristiques de l'ensemble des usagers auprès desquels ils travaillent ont été colligées.

#### Caractéristiques des personnes âgées

Un questionnaire incluant des questions standardisées a permis de recueillir des données

sociodémographiques et de documenter l'état de santé physique et psychologique, la composition et le fonctionnement familial, la fréquence et le type de soutien reçu et les problèmes psychosociaux. De plus, la condition économique, l'utilisation des services de santé et professionnels au cours de la dernière année, ainsi que la situation du proche aidant étaient également abordées. L'autre partie du questionnaire était composée de quatre instruments de mesure fidèles et valides. L'**autonomie fonctionnelle et les services reçus** ont été mesurés à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988; Hébert et al., 2003). Chaque activité se mesure sur une échelle variant de 0 (autonomie complète) à 3 (dépendance totale). Le score total se situe entre 0 et 87. Le **fonctionnement social** a été capté avec le SMAF social (Pinsonnault, Desrosiers, Dubuc, Delli-Colli et Hébert, 2009). Cet outil évalue six dimensions : le réseau, les ressources, le soutien, les activités, les relations et les rôles sociaux. L'échelle de mesure utilisée est la même que le SMAF et le score total varie entre 0 et 18. L'**autonomisation** a été mesurée à l'aide de la version française du *Health Care Empowerment Questionnaire* (HCEQ). Cet outil comprend 10 points regroupés sous trois sous-échelles : le niveau de contrôle, l'implication dans l'interaction et l'implication dans la décision. Chaque point est abordé simultanément sous deux angles, soit la perception et l'importance de l'attribut pour un score total variant entre - 8 et 16 (Gagnon, Hébert, Dubé et Dubois, 2006). Les proches aidants ont été invités à remplir l'Inventaire du fardeau de Zarit pour documenter leur **sentiment de fardeau**, c'est-à-dire la charge matérielle et affective ressentie lorsqu'ils prennent soin d'un proche. Le questionnaire autoadministré comprend 22 items sur une échelle de 5 points (0 pour « jamais » à 4 pour « presque toujours »). La distribution de scores s'étend de 0 à 88 (Hébert, Bravo et Girouard, 1993; Zarit, Reeve et Bach-Peterson, 1980). Les intervieweurs qui se rendaient à domicile étaient des cliniciens à la retraite ou des agents de recherche avec beaucoup d'expérience. Ils ont reçu une formation de deux jours et un suivi serré pendant la période d'étude.

Les personnes âgées étaient sollicitées par un membre de l'équipe de recherche. Le proche

aidant ou un représentant légal était contacté lorsque le travailleur social avait signifié que la personne âgée ne serait pas en mesure de donner son consentement ou de participer seule à une entrevue. Après l'accord de la personne âgée ou de son proche, un rendez-vous au domicile de la personne âgée était fixé pour remplir le questionnaire (environ 90 minutes). Le questionnaire destiné au proche aidant était rempli sur place si celui-ci était présent. En son absence, le questionnaire lui était envoyé par la poste.

### Analyses

Les journaux de bord ont d'abord été consultés pour corriger, au besoin, les données de temps fourni issues de TEDDI. Des analyses descriptives (moyenne, écart type, médiane et pourcentage) ont été produites pour décrire les caractéristiques individuelles des participants et la répartition du temps total fourni. Des analyses multiniveaux ont été utilisées pour étudier la relation entre les caractéristiques d'une personne âgée (niveau 1), du travailleur social (niveau 2) et le temps total fourni. Ce modèle statistique de régression permet l'exploration des relations entre les variables d'un niveau et entre les niveaux. De plus, il tient compte de l'absence d'indépendance des données, c'est-à-dire que les services reçus par une personne âgée sont dépendants du travailleur social affecté à ce dossier.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel HLM (Bryk, Raudenbush et Congdon, 2004) en respectant les principales étapes proposées par Bryk et Raudenbush (1992). D'abord, un modèle sans les variables de niveaux 1 et 2 était estimé pour déterminer la variance du temps total associée à chacun des niveaux du modèle (personnes âgées et intervenants). Par la suite, chaque variable *personnes âgées* a été considérée pour vérifier l'existence d'une relation avec le temps total. Pour être retenues, ces variables devaient atteindre un seuil de signification de 15 %. Elles ont été ensuite examinées en combinant deux et trois variables à la fois. Après, les variables de niveau 2 étaient introduites dans le modèle afin de déterminer les caractéristiques des travailleurs sociaux modulant les relations identifiées avec les variables de niveau 1 (personnes âgées).

### Résultats

Le tableau 1 présente sommairement les CSSS où ont été recrutés les travailleurs sociaux. Douze travailleurs sociaux ont accepté de participer à l'étude.

#### *Caractéristiques des travailleurs sociaux*

Les 12 travailleurs sociaux recrutés étaient 11 femmes et un homme. Le tableau 2 indique que le type d'usagers auprès desquels ils intervenaient était varié. En plus d'intervenir auprès de personnes âgées de plus de 65 ans dans le programme « perte d'autonomie liée au

**Tableau 1 : Provenance des travailleurs sociaux**

Caractéristiques du CSSS	Région	Intervenants Recrutés/sollicités
Mission universitaire avec centre hospitalier, vocation suprarégionale, 754 lits de soins de longue durée	Urbaine 150 000 habitants 6 arrondissements	4/7
Milieu sans centre hospitalier, 180 lits de soins de longue durée	Rurale 22 000 habitants 14 municipalités	2/4
Services d'urgence et généraux, 92 lits de soins de longue durée	Rurale 19 000 habitants 12 municipalités	4/6
Service d'urgence mineure, 135 lits de soins de longue durée	Rurale 30 000 habitants 18 municipalités	2/6

vieillesse », tous ont rapporté offrir également des services à des usagers du programme de déficience physique ou à certaines personnes en soins palliatifs ou avec une déficience intellectuelle. Le nombre médian d'usagers actifs pendant la période d'étude était de 51,5. Seuls les travailleurs sociaux en milieu urbain n'accomplissaient qu'une seule fonction.

#### *Recrutement des personnes âgées*

Pendant l'étude de temps et mouvement, 297 personnes âgées ont reçu une intervention directe ou indirecte par l'un des 12 travailleurs sociaux participants. De ce nombre, 76 personnes ont été jugées non admissibles à la présente étude puisqu'elles avaient moins de 65 ans, 36 ont refusé et 14 ont été exclues en raison, par exemple, d'une hospitalisation prolongée. Enfin, 171 personnes âgées ont été rencontrées à leur domicile pour une évaluation.

#### *Caractéristiques des personnes âgées*

Le tableau 3 (p. 38) présente quelques caractéristiques des personnes âgées qui ont été évaluées. L'échantillon était en quasi-totalité de

nationalité canadienne et s'exprimait en français. Notons que 96 % des personnes âgées avaient un médecin de famille.

On note que 62 % de l'échantillon ont rapporté au moins un événement significatif durant la dernière année, qui pouvait être le décès d'un proche, un changement de milieu de vie ou la perte d'un permis de conduire. Les personnes ont présenté des problèmes psychosociaux, surtout reliés à la difficulté de s'adapter aux pertes. Elles avaient une perte d'autonomie modérée, peu de besoins non satisfaits, un fonctionnement social peu atteint et une autonomisation moyenne. Les personnes ont présenté en moyenne sept problèmes de santé et ont consulté des services professionnels, comme une infirmière ou un ergothérapeute, au cours de la dernière année.

Quant à la présence d'un proche aidant, 7 % des personnes âgées n'en ont pas nommé. Sur les 159 proches aidants identifiés, 24 (15 %) proches aidants n'ont pas retourné le questionnaire malgré une relance téléphonique. Les analyses descriptives portent donc sur 135 proches aidants, lesquels avaient en

**Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs sociaux (n = 12)**

<b>Variables continues</b>	<b>Moyenne (écart type)</b>
Âge (années)	35,6 (11,7)
Nombre d'années d'expérience comme travailleur social	7,6 (6,9)
Nombre d'années d'expérience auprès d'aînés	6,4 (7,2)
Nombre d'années d'expérience au soutien à domicile	6,4 (7,2)
Nombre de dossiers/période d'étude	52,3 (16,7)
Rythme moyen de travail sur 10 jours (/100)	76,5 (7,4)
<b>Variables catégoriques</b>	<b>Pourcentage</b>
Diplôme	
Baccalauréat	83 %
Maîtrise	17 %
Mixité charge de cas	17 %
Déficience intellectuelle	67 %
Soins palliatifs	25 %
Santé mentale	
Mixité de fonctions	
Gestion de cas	67 %
Mandat administratif	33 %

**Tableau 3 : Caractéristiques des personnes âgées (n = 171)**

<b>Variables continues</b>	<b>Moyenne (écart type)</b>
Âge (années)	80,61 (8,03)
Autonomie fonctionnelle (score total SMAF/87)	26,73 (15,10)
Handicap (/87)	1,63 (3,94)
Fonctionnement social (/18)	4,21 (4,38)
Handicap SMAF social (/18)	0,71 (2,13)
Nombre de problèmes psychosociaux	2,93 (2,65)
Nombre d'enfants	3,50 (3,14)
Nombre d'enfants hors région	0,94 (1,15)
Nombre de personnes significatives	7,24 (4,45)
Score total autonomisation (/16)	9,16 (3,29)
Nombre de problèmes de santé	7,24 (4,14)
Nombre d'hospitalisations au cours de la dernière année	0,81 (1,49)
Nombres de services professionnels consultés durant la dernière année	2,64 (1,38)

<b>Variables catégoriques</b>	<b>Pourcentage</b>
Sexe féminin	58,5 %
<u>État civil</u>	
Célibataire	24,6 %
Veuf/veuve	38,6 %
Marié(e)	36,9 %
<u>Situation de vie</u>	
Seul(e)	57,9 %
Conjoint(e)	31,0 %
Autre membre famille	10,5 %
Milieu de vie collectif	36,3 %
<u>Scolarité</u>	
0-4 ans	28,2 %
5-8 ans	38,5 %
9 et +	32,7 %
Revenu satisfait difficilement ou pas du tout aux besoins	18,0 %
Au moins une hospitalisation au cours de la dernière année	43,5 %
Au moins un événement significatif durant la dernière année	62,0 %

moyenne 63,5 ans (écart type de 15,3 ans). Près du tiers (31 %) de ces proches était les conjoints et 31 % étaient les filles des personnes âgées. On note que 65 % d'entre eux ont rapporté avoir un bon à très bon état de santé, alors que 17 % l'ont jugé passable à mauvais. Près de 23 % travaillaient à temps partiel ou à temps complet. Les raisons premières pour être impliqués dans une relation aidant-aidé étaient l'amour pour la personne en perte d'autonomie

(54 %) et le fait de recevoir autant que de donner (22 %). Le score moyen du sentiment de fardeau de Zarit était de 25 (écart type de 16), ce qui représente un sentiment de fardeau léger à modéré.

L'autre volet de l'étude portait sur la mesure du temps total fourni par les travailleurs sociaux aux personnes âgées. Un total de 957 heures auprès de 171 usagers et un

peu plus de 4600 activités ont été analysées. Le tableau 4 rapporte la répartition du temps total.

#### *Variables associées au temps total*

Afin de déterminer les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux qui avaient une influence sur le temps total fourni, 35 variables reliées aux personnes âgées (niveau 1) et 13 variables reliées aux travailleurs sociaux (niveau 2) ont été analysées.

La moyenne de temps total fourni par usager au cours des 10 jours était de 66 minutes avec une erreur type de 1,20 minute. Dans le modèle sans variable explicative, la plus grande partie de la variabilité du temps total fourni avait trait aux personnes âgées avec moins de 3 % de la variabilité du temps total fourni au niveau des travailleurs sociaux (niveau 2). La variabilité des intervenants était d'ailleurs statistiquement non significative ( $p = 0,15$ ) indiquant que le temps ne variait pas entre les travailleurs sociaux.

À la deuxième étape, 35 caractéristiques des personnes âgées ont été mises en relation avec le temps total fourni. Considérant le critère d'une valeur  $p < 0,15$ , six variables ont été retenues : vivre dans un domicile individuel ( $p = 0,059$ ), avoir été hospitalisé durant la dernière année ( $p = 0,086$ ), nombre de problèmes de santé ( $p = 0,029$ ), satisfaction de sa condition économique ( $p = 0,038$ ), avoir des enfants hors région ( $p = 0,093$ ) et avoir vécu

un événement significatif au cours de la dernière année ( $p = 0,038$ ). Pour la construction du modèle, tous les modèles à deux et trois variables ont été examinés. Ce modèle inclut avoir été hospitalisé durant la dernière année, avoir vécu un événement marquant au cours de la dernière année et le nombre de problèmes de santé.

L'étape suivante consiste à déterminer si des caractéristiques des travailleurs sociaux sont associées au temps total fourni ou modifient la relation entre le temps fourni et certaines variables de niveau 1. Sur les 13 variables de niveau 2, seule la perception du rythme de travail de l'intervenant a atteint le seuil de signification ( $p = 0,018$ ).

Le modèle final retenu est composé des trois variables relatives aux personnes âgées et d'une reliée aux travailleurs sociaux. Ces variables expliquent 16 % de la variation du temps total. Ainsi, selon ce modèle, les travailleurs sociaux ont donné moins de temps aux personnes âgées ayant plus de problèmes de santé et plus de temps à celles qui avaient vécu au moins un événement significatif durant la dernière année. Ces relations ne variaient pas significativement d'un travailleur social à l'autre. Le temps fourni variait également selon l'occurrence d'une hospitalisation au cours de la dernière année, mais le sens de la relation différait cette fois de façon significative d'un intervenant à un autre ( $p = 0,009$ ). En effet,

**Tableau 4 : Répartition du temps total fourni par les travailleurs sociaux**

Catégories	Sous-catégories	Pourcentage de temps sous-catégories	Pourcentage du total pour la catégorie
Activités directes	Interactions avec l'utilisateur	9,8 %	17,6 %
	Interactions avec la famille	4,8 %	
	Interactions usager et famille	3,0 %	
Activités indirectes	Discussion de cas	12,5 %	47,0 %
	Lecture et rédaction	25,8 %	
	Rencontres formelles	4,0 %	
	Recherche de services	0,8 %	
	Déplacements à domicile	3,9 %	
Activités non cliniques	Tâches administratives	15,5 %	20,8 %
	Développement professionnel	5,3 %	
Temps personnel	Repas, pause	15,0 %	15,0 %

certaines consacraient plus de temps aux personnes qui avaient été hospitalisées, et d'autres donnaient plus de temps aux personnes qui n'avaient pas été hospitalisées au cours de la dernière année. Parmi les caractéristiques des travailleurs sociaux étudiées, la seule qui explique en partie cette association est le rythme perçu de travail. Ceux ayant estimé leur rythme de travail élevé ont donné plus de temps aux personnes qui ont été hospitalisées durant la dernière année. Cette dernière variable a également un effet direct sur la moyenne du temps total fourni.

## Discussion

Le but de cette étude était de déterminer certaines variables reliées aux personnes âgées et aux travailleurs sociaux qui influencent le temps total fourni par les travailleurs sociaux dans un contexte de services de soutien à domicile.

Les personnes âgées qui ont reçu des interventions des travailleurs sociaux présentaient un portrait assez typique des usagers en perte d'autonomie à domicile en matière d'âge, de genre, de multiples problèmes de santé et des autres caractéristiques cliniques (Hébert, Dubois, Raïche et Dubuc, 2008). De plus, 62 % de l'échantillon ont vécu un événement marquant durant la dernière année tel qu'un changement de milieu de vie ou le décès d'une personne de l'entourage, ce qui représente, comme souligné dans d'autres études, un motif de référence à un travailleur social (Bernie-Marino, 2004; Hébert, 2007). Par ailleurs, malgré l'implication des proches aidants et leur sentiment de fardeau qualifié de léger à modéré, le temps consacré par les travailleurs sociaux à ces derniers ne représentait que 4,8 % du temps total. Ce résultat peut s'expliquer en partie par la dualité du rôle des proches aidants. Ils sont à la fois considérés comme la principale ressource auprès de la personne âgée ayant un rôle complémentaire aux intervenants, mais aussi comme des usagers des services de soutien à domicile qui ont des besoins de formation, d'information, de soutien et de répit (Guberman, Lavoie, Pepin, Lauzon et Montejo, 2006). Si les travailleurs sociaux les perçoivent davantage comme des partenaires plutôt que comme des usagers, cela pourrait expliquer le faible temps fourni.

Comme le constatent d'autres études, les travailleurs sociaux consacrent plus de temps en intervention indirecte qu'en intervention directe (Baginsky et al., 2010; Stevens, 2008; Young, Grusky, Sullivan, Webster et Podus, 1998). Les activités directes, prises de façon isolée, sont un pauvre indicateur de la contribution d'un travailleur social (Curtis, 2007). Pour apprécier l'effort fourni et la complexité du travail du travailleur social, il est préférable de considérer aussi les activités indirectes qui impliquent l'organisation, la planification, la négociation avec d'autres professionnels de son organisation ou d'autres établissements pour obtenir des services (Baginsky et al., 2010). Par ailleurs, l'effet positif de certaines activités indirectes n'est pas à sous-estimer. Par exemple, selon Young et ses collaborateurs (1998), l'activité de liaison avec les services publics, privés ou communautaires, qui permet de planifier et d'organiser des services, fait en sorte que les besoins non comblés décroissent à long terme. Dans notre étude, ce sont les activités de discussion de cas pour l'organisation de services ainsi que la rédaction de notes évolutives qui ont consommé le plus de temps, tendances aussi observées chez les travailleurs sociaux en Angleterre (Baginsky et al., 2010). Un résultat non attendu fut le temps consacré aux activités non cliniques qui était supérieur au temps direct. Dans cette étude, certaines tendances sont observées, mais elles ne sont pas statistiquement significatives. Certains travailleurs sociaux de CSSS en milieu rural ont des tâches de travail non reliées aux usagers, comme la gestion de liste d'attente pour l'obtention de certains services. On observe aussi que les travailleurs sociaux plus jeunes et moins expérimentés consacrent plus de temps aux tâches administratives.

Il peut être surprenant à première vue de constater que les travailleurs sociaux donnent plus de temps aux personnes qui ont moins de problèmes de santé. Or, certaines études rapportent que les travailleurs sociaux vont offrir plus d'interventions à des personnes qui présentent un meilleur potentiel ou pronostic de récupération (Björkman et Hansson, 2000; Hébert, 2007). Par ailleurs, les usagers qui sont en mesure de collaborer, d'établir les objectifs d'intervention et de participer aux décisions reçoivent aussi plus d'interventions (Björkman

et Hansson, 2000; Corazzini-Gomez, 2002). Toutefois, dans notre étude, les dimensions de l'autonomisation, notamment celles de l'implication de l'usager dans les choix reliés aux soins et aux services et à son niveau de contrôle ne sont pas significativement reliées au temps total fourni par l'intervenant. Si les travailleurs sociaux donnent moins de temps aux personnes qui ont de multiples problèmes de santé, c'est peut-être parce qu'un autre professionnel, possiblement l'infirmière, intervient sur cette problématique et effectue un nombre appréciable d'interventions (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012b). Dans la présente étude, le temps consacré par les autres professionnels du service de soutien à domicile n'a toutefois pas été mesuré, ce qui ne nous permet pas d'avoir le portrait global des services fournis.

Le nombre d'hospitalisations et d'événements significatifs durant la dernière année mobilise le travailleur social autour d'épisodes non prévus. Dans cette trajectoire de services de soutien à domicile, où le séjour peut être de longue durée, les travailleurs sociaux sont-ils plus présents lors d'un épisode aigu ou d'une situation de crise? Une hospitalisation durant la dernière année est associée à un contact avec le service de soutien à domicile (Kadushin, 2004). Les données ICLSC du territoire d'expérimentation révèlent que 75 % des demandes de services à domicile proviennent du centre hospitalier (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012a). La durée de séjour en centre hospitalier étant courte, le travailleur social de ce milieu a moins de temps pour s'impliquer pour le retour à domicile. L'un des problèmes rencontrés par les personnes âgées qui quittent l'hôpital pour retourner à domicile est le besoin d'assistance pour planifier la sortie de l'hôpital et assurer la liaison avec les différents dispensateurs de services dans la communauté (Benjamin et Naito-Chan, 2006). Le travailleur social des services de soutien à domicile doit alors prendre rapidement le relais. Les fonctions de coordination et de suivi des services sont alors sollicitées, ce qui peut avoir un impact sur le temps total fourni (Benjamin et Naito-Chan, 2006, Volland et Keepnews, 2006). Le fait de réagir à un événement plutôt que d'agir en amont peut aussi être expliqué par la charge de cas élevée. Selon certaines études, les

travailleurs sociaux sont plus en mode réactif que proactif lorsque la charge de cas dépasse 35 usagers (Fiorentine et Grusky, 1990; Veil et Hébert, 2007). Rappelons que, dans cette étude, les travailleurs sociaux avaient une médiane de 51,5 usagers à leur charge. En fait, nos résultats confirment la perception des travailleurs sociaux des CSSS qui affirment éteindre des feux et disposer de moins de temps pour faire des suivis psychosociaux, comme accompagner la personne âgée dans ses difficultés d'adaptation aux pertes ou au deuil (Bourque, 2009).

Les travailleurs sociaux qui perçoivent leur rythme de travail élevé ont donné plus de temps aux personnes hospitalisées, alors que ceux qui ont estimé leur rythme de travail plus bas l'ont consacré davantage aux personnes qui n'ont pas été hospitalisées. Le suivi post-hospitalier nécessite des interventions visant l'organisation des services (Lechman et Duder, 2009). Ces interventions sont généralement variées, courtes, et l'intervenant obtiendra rapidement une rétroaction, ce qui peut augmenter le sentiment d'avoir un bon rythme de travail (Kadushin, 1996; Young et al., 1998). Ce sentiment d'efficacité augmente de 9 % avec chaque année d'expérience, mais s'estompe auprès des travailleurs sociaux très expérimentés qui comptent quinze ans et plus de service (Young et al., 1998). Sachant que les travailleurs sociaux de l'étude comptaient près de huit ans d'expérience en moyenne, cet élément peut expliquer ce résultat.

Pour expliquer 16 % de la variance du temps total, il y a possiblement d'autres variables qui pourraient amener une explication supplémentaire. En ce qui a trait aux personnes âgées, le questionnaire couvrait un large spectre de variables biopsychosociales. Certaines dimensions n'ont toutefois pas été abordées. L'attitude de certaines personnes âgées, telle que leur réticence concernant les services à domicile ou, à l'inverse, un comportement demandant et insistant, peut influencer la dynamique relationnelle entre la personne âgée et l'intervenant et, par le fait même, la quantité des interventions (Corazzini-Gomez, 2002). En ce qui concerne les proches aidants, des données sur seulement 135 d'entre eux ont limité la détection de relations avec le temps total fourni. Le style d'intervention du travailleur

social, sa personnalité, ses croyances et ses valeurs peuvent déterminer un certain *pattern* de travail (Itzhaky, Gerber et Dekel, 2004).

Les travailleurs sociaux de l'étude comptaient, sauf un, moins de dix ans dans la profession. L'influence des travailleurs sociaux seniors sur le type d'activités et le temps total fourni pour les effectuer n'a pas pu être observée. Enfin, certaines variables organisationnelles comme la disponibilité des services sur le territoire nous amènent à penser qu'il pourrait être pertinent d'inclure un troisième niveau à ces analyses, soit celui des CSSS.

L'étude mesurait deux semaines d'activités. Les services rendus par les travailleurs sociaux du soutien à domicile aux personnes âgées pendant cette période n'étaient pas nécessairement le reflet de ce que la personne a reçu pendant son épisode complet de services. Nous avons recruté moins de travailleurs sociaux que le nombre visé au départ, cela a entraîné un manque de puissance sur le plan statistique. Les quatre CSSS qui ont accepté que l'équipe de recherche recrute parmi leurs travailleurs sociaux proviennent de la région de l'Estrie, une région plutôt avancée dans l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées. On compte 95 CSSS à travers le Québec, il faut donc être prudent dans la généralisation des résultats.

Néanmoins, l'étude comportait plusieurs forces. Le choix des variables et des mesures pour évaluer les caractéristiques des personnes âgées avait fait l'objet d'un consensus auprès de 60 travailleurs sociaux experts. L'utilisation d'instruments de mesure permettait d'obtenir des données fiables et valides. Dans le cadre de l'étude sur l'utilisation du temps, la méthode de temps et mouvement en continu est reconnue pour générer des données complètes, précises et de bonnes évaluations de temps. La liste d'activités était exhaustive, bien définie et s'arrimait bien au processus d'intervention. Plusieurs moyens ont aussi été employés pour diminuer l'effet de la réactivité à la mesure. Les travailleurs sociaux ont été rencontrés avant le début du projet pour les informer des objectifs de l'étude et des mesures prises pour préserver la confidentialité. Ainsi, aucune donnée individuelle n'a été diffusée au gestionnaire responsable. Seules les données agrégées ont été

présentées. Enfin, une étude pilote auprès de onze professionnels d'un seul CSSS avait permis de documenter les facilitateurs et les obstacles d'une telle méthode (Delli-Colli et al., 2010).

En conclusion, cette étude a permis, à l'aide d'une approche quantitative, de mesurer à la fois la charge de travail et les caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux pouvant l'influencer. L'ensemble des résultats démontre qu'il est possible d'étudier ce sujet complexe. Les résultats de l'étude peuvent contribuer à la réflexion actuelle dans le cadre des projets d'optimisation qui touchent les services de soutien à domicile en dressant un portrait complet des activités effectuées et de l'utilisation du temps. Les caractéristiques évoquées qui influencent le temps éclairent un peu plus les travailleurs sociaux et les gestionnaires sur les éléments à considérer dans la gestion de la charge de travail. Les situations imprévisibles, comme une hospitalisation, ont un impact sur le temps des travailleurs sociaux. Les interventions visant le soutien et la promotion du fonctionnement social des personnes âgées, qui sont nécessaires dans le maintien à domicile, ne sont pas associées au temps fourni par les travailleurs sociaux. En ce sens, ces résultats peuvent bonifier les façons de faire dans les services de soutien à domicile. Nous pensons qu'en plus de cette publication, d'autres activités de diffusion auprès des travailleurs sociaux permettraient de poursuivre la discussion autour de ces résultats et le développement de nouvelles connaissances sur la charge de travail.

#### **Descripteurs :**

Personnes âgées en perte d'autonomie - Québec (Province) - Estrie // Travailleurs sociaux - Charge de travail

Older people with disabilities - Quebec (Province) - Estrie // Social workers - Workload

## Références

- Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., MacInnes, T., & Nagendran, T. (2010). Social Workers' Workload Survey. *Messages from the Frontline. Findings from the 2009 Survey and Interviews with Senior Managers*, (177). The Social Work Task Force: Secretaries of State for Health, and Children, Schools and Families.
- Benjamin, A. E., & Naito-Chan, E. (2006). Home Care Settings. In B. Berkman (Ed.). *Handbook of Social Work in Health and Aging*. New York : Oxford University Press.
- Berkman, B., Maramaldi, P., Breon, E., & Howe, J. (2002). Social Work Gerontological Assessment Revisited, *Journal of Gerontological social work*, 40 (1/2), 1-14.
- Bernie-Marino, S. (2004). Selected problems counselling the elderly. In M. J. Holosko & M. Feit (Eds.). *Social work practice with the elderly* : 66-102. Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Björkman, T., & Hansson, L. (2000). What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. [Article]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35 (1), 43.
- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*. Conférence présentée au Colloque européen (CEFUTS) – Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires. Toulouse, France.
- Bryk, A. S., & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bryk, A. S., Raudenbush, S. W., & Congdon, R. (2004). HLM 6 for windows. Skokie, IL : Scientific Software International, Inc.
- Corazzini-Gomez, K. (2002). The Relative Effects of Home Care Client Characteristics on the Resource Allocation Process: Do Personality and Demeanor Matter? *The Gerontologist*, 42 (6), 740-750.
- Coulton, C. J., Keller, S. M., & Boone, C. R. (1985). Predicting social worker' expenditure of time with hospital patients, *Health & Social Work*, 10, 35-44.
- Curtis, L. (2007). *Unit Costs of Health and Social care Canterbury: Personal Social Services Research Unit*. p. 218.
- Delli-Colli, N., Dubuc, N., Veilleux, N., et Gauthier, L. (2010). *Description des activités réalisées par le service social de trois programmes-services au CSSS-IUGS : une étude de temps et mouvement*. Programme de recherche clinique de la fondation du CSSS-IUGS. Rapport de recherche présenté au CSSS-IUGS.
- Fiorentine, R., & Grusky, O. (1990). When case managers manage the seriously mentally ill: a role-contingency approach, *Social Service Review*, 64 (1), 79-93.
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M., & Dubois, M.-F. (2006). Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: the Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ), *American Journal of Health Promotion*, 20 (6), 429-435.
- Gathercole, M. F., & DeMello, L. R. (2001). Development of the workload analysis scale (WAS) for the assessment and rehabilitation services of Ballarat health services, *Social Work in Health and Mental Care*, 34 (1/2), 143-160.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., Pepin, J., Lauzon, S., & Montejo, M.-E. (2006). Formal Service Practitioners' Views of Family Caregivers' Responsibilities and Difficulties, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 25 (01), 43-53.
- Hebert, C. G. (2007). *An examination of the presence of social work intervention with home health care recipients and related home health care outcomes*. Doctor of Philosophy, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Hébert, R., Bravo, G., et Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments, *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 12, 324-337.
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, 13 (4), 161-167.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, 28 (4).
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., & Dubuc, N. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. [Article], *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 8, 1-15.
- Itzhaky, H., Gerber, P., & Dekel, R. (2004). Empowerment, skills, and values: a comparative study of nurses and social workers, *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 447-455.
- Kadushin, G. (1996). Elderly hospitalized patients' perceptions of the interaction with the social worker during discharge planning, *Social Work in Health Care*, 23 (1), 1-21.
- Kadushin, G. (2004). Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work, *Health & Social Work*, 29 (3), 219-244.

- Kadushin, G., & Egan, M. (2008). The social work in home health care. In G. Kadushin & M. Egan (Eds.), *Gerontological Home Health Care*. New York: Columbia University Presse.
- Lechman, C., & Duder, S. (2009). Hospital length of stay: Social work services as an important factor, *Social Work in Health Care*, 48.
- Matte, G. (2000). Que reste-t-il des suivis psychosociaux dans les services de maintien à domicile en CLSC? [Actualités], *Intervention*, 111, 95-102.
- Ministère de la Famille et des Aînés, et ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, p. 200.
- Naito-Chan, E., Damron-Rodriguez, J., & Simmons, J. W. (2004). Identifying competencies for geriatric social work practice, *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (4), 59-78.
- Niebel, B. W., & Freivalds, A. (2003). Time study. In B. W. Niebel & A. Freivalds (Eds.), *Methods, Standards and work design* (Eleventh Edition ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Delli-Colli, N., & Hébert, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System), *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48 (1), 40-44.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2012a). Répartition des demandes selon leur objet en lien avec le référent *Banque provinciale ICLSC*.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2012 b). Répartition des usagers et des interventions (individus, couples et familles) selon les programmes clientèles et les centres d'activités du maintien à domicile *Banque provinciale ICLSC*.
- Semke, J., Stowell, M., & Durgin, J. (1993). Influences on social work time expenditure in a voluntary inpatient psychiatric unit, *Health and Social Work*, 18 (1), 32-39.
- Simard, A. (2012). Éclairage sur l'évaluation de la performance des travailleurs sociaux des CSSS, *Intervention*, 136.
- Stevens, M. (2008). Workload Management in social work services: what, why and how, *Practice: Social Work in Action*, 20 (4), 207-220.
- Veil, A., et Hébert, R. (2007). Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire, dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (Eds.). *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, 2 (32). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Volland, P. J., & Keepnews, D. M. (2006). Generalized and specialized hospitals. In B. Berkman (Ed.). *Handbook of Social Work in Health and Aging*: 9. New York: Oxford University Press.
- Young, A. S., Grusky, O., Sullivan, G., Webster, C. M., & Podus, D. (1998). The Effect of Provider Characteristics on Case Management Activities, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 26 (1), 21-32.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: Correlates of feeling of burden, *The Gerontologist*, 20, 649-655.

## Réflexion organisationnelle d'un « travailleur social de recherche » autoproclamé

par

François Rainville, M.S.S., T.S.

CHU de Québec

Coordonnateur de recherche

Équipe de recherche Michel-Sarrazin

en oncologie psychosociale et

soins palliatifs (ERMOS)

Courriel : francois.rainville.1@ulaval.ca

Parcours d'un travailleur social, à la fois praticien et chercheur, au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec.

Story of a social worker who is both a researcher and practitioner at the Quebec University Medical Centre.

Mon nom est François Rainville. Je suis présentement travailleur social et coordonnateur de recherche et je voudrais par ce texte partager une réflexion très personnelle tirée de mon expérience d'union de ces deux rôles dans le cadre d'une expérience positive. Tout d'abord, je n'ai pas de statut de « praticien-chercheur » de conféré, et dans mon établissement, dans le domaine du service social, il n'y a malheureusement personne qui porte ce distingué titre. Malgré cela, et afin de mettre la table, j'aimerais noter certains autres éléments facilitant la participation des travailleurs sociaux sur mon lieu de travail, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec). Ces éléments se résument à dire que nous avons l'appui de tous nos paliers de gestionnaires. En voici l'illustration : tout en haut de ce que je désignerais comme un organigramme d'appui trône un centre hospitalier avec une désignation universitaire membre du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval,

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 45-47.

donc une mission de recherche qui l'accompagne invariablement. Dans cette immense organisation dirigée par un conseil d'administration, le service social se retrouve sous l'égide du Conseil multidisciplinaire (CM), qui a lui aussi une mission de recherche clairement énoncée. D'ailleurs, la gestionnaire du CM responsable du service social appuie résolument la participation des cliniciens à la recherche. Enfin, en lien direct avec nous, professionnels du service social, le chef de service a su manifester son soutien à maintes occasions. De surcroît, ce chef de service a récemment soumis ma candidature aux Grands Prix Sirius pour mon travail alliant clinique et recherche, candidature qui a été retenue. Personnellement, j'ai interprété cette mise en candidature de mon supérieur immédiat comme une marque de soutien qui s'inscrit dans le contexte de sa vision du futur du service social, une vision qui me motive à continuer dans l'avenue que j'ai empruntée.

Après avoir été nommé aux Grands Prix Sirius 2012 du CHU de Québec dans la catégorie relève, puisque je représente « une relève qui allie clinique et recherche », il me semblait tout à fait incongru de passer à côté de l'occasion de décrire le paysage organisationnel entourant cette route que j'emprunte quotidiennement. À l'instar des infirmières de recherche, je me vois un peu comme un travailleur social de recherche. Permettez-moi de commencer mon récit de travailleur social de recherche depuis le début...

En 2007, je n'étais qu'un jeune homme qui entamait une maîtrise en service social et qui venait tout juste de terminer un stage mémorable au CSSS de la Vieille-Capitale dans les programmes de santé mentale et d'oncologie. Mémorable, car c'est à ce moment que j'ai pu commencer à apprivoiser le travail clinique du service social, mais aussi que j'ai pu commencer à comprendre la complexité du système de santé et de service sociaux dans lequel les travailleurs sociaux ont à travailler. C'est grâce

à mon expérience de recherche préalable et grâce à mon expérience clinique acquise en stage avec l'équipe locale d'oncologie de l'époque, plus particulièrement grâce à mon travail en interdisciplinarité avec les infirmières pivots en oncologie, que j'ai été engagé par des chercheurs d'une équipe aujourd'hui connue sous le nom d'Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS). Il s'agit d'une équipe interdisciplinaire qui regroupe des chercheurs œuvrant, entre autres, en médecine, en psychologie, en service social et en sciences infirmières. Toutefois, c'est lors de ma maîtrise de mouture *avec mémoire*, ayant pour sujet de recherche la détresse des adolescents dont un parent est atteint de cancer avancé, que j'ai pu faire l'expérience sur le terrain des liens entre les travailleurs sociaux et la recherche. Les travailleurs sociaux des grands hôpitaux de la région de Québec en oncologie et soins palliatifs m'ont non seulement permis de recruter des participants potentiels, mais ils ont également contribué, par le généreux partage de leur savoir et de leur expérience, à façonner mon protocole de recherche et mes conclusions. Bref, sans ces travailleurs sociaux, il m'aurait été impossible d'avoir accès aux participants et ma réflexion clinique aurait été appauvrie. Mais c'est après mes études que j'ai pu mieux comprendre certains enjeux organisationnels impliqués dans le fameux passage de la recherche à la clinique. Je passe donc maintenant à ma réalité de professionnel...

Actuellement, ma position de travailleur social de recherche dans le CHU de Québec m'amène à être membre de trois grandes familles : en recherche, je fais partie de l'ERMOS; en clinique, du service social; puis à la fois en recherche et en clinique, de l'équipe suprarégionale d'oncologie psychosociale et spirituelle. Sur le plan clinique, il s'agit d'une équipe interdisciplinaire qui regroupe des cliniciens de différentes professions : médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières et intervenants en soins spirituels. Cette dernière équipe est l'une des rares à avoir un statut suprarégional, qui nécessite une offre de tout un panier de services, mais aussi des activités d'enseignement et de recherche. Ces activités de recherche sont intimement liées à

celles de l'ERMOS qui, dans sa mission, vise à soutenir les différentes équipes suprarégionales en oncologie du RUIS de l'Université Laval dans ces activités. C'est à travers ces partenariats que l'ERMOS est capable d'actualiser ses intérêts dans le transfert de connaissances de la recherche à la pratique clinique. C'est de cette façon que l'ERMOS réussit à influencer l'évolution des pratiques cliniques sur le terrain, ainsi que les politiques publiques en matière de lutte contre le cancer. Il est à noter que l'ERMOS est une infrastructure de recherche qui regroupe une équipe interdisciplinaire d'une vingtaine de chercheurs (médecine, psychiatrie, psychologie, service social, sciences infirmières et pharmacie) œuvrant en oncologie psychosociale et en soins palliatifs.

Je profite de l'occasion pour souligner la participation de plusieurs travailleurs sociaux du CHU de Québec dans des projets tels que « Soulager la souffrance psychologique et existentielle par des interventions de groupe et individuelles », « Groupe de soutien en ligne pour personnes atteintes de cancer hématologique », et « Cancer Transitions : aller au-delà du traitement ». En bref, ces trois familles ne pourraient exister dans leur forme actuelle si les liens entre les trois n'existaient pas.

C'est dans ce contexte que je réussis à combiner des activités de clinicien et de travailleur social de recherche, et aussi à cause de circonstances favorables survenues au même moment dans les trois grandes familles : du côté de l'ERMOS, des fonds ont été obtenus pour piloter et valider des interventions de groupes. Du côté du service social, un travail de réflexion sur la pratique du service social dans le CHU de Québec est en cours. Enfin, du côté de l'équipe suprarégionale d'oncologie psychosociale et spirituelle, l'équipe s'affaire à définir une offre de services de groupe et désire pérenniser et transférer à la clinique des interventions de groupes qui ont été développées et validées du côté de la recherche.

Mais je pense que c'est avant tout mon désir de travailler à la fois comme clinicien et comme travailleur social de recherche qui m'a permis d'avoir un pied dans chacune des bottines. Ou de mettre les deux chapeaux. En effet, selon moi, une bonne pratique clinique tient compte des données probantes et de l'évolution des

besoins et des réalités sociales des clientèles que l'on dessert. De l'autre côté, la recherche dans le domaine du service social doit elle aussi tenir compte de l'évolution des réalités sociales et être capable de proposer des pistes de réflexion ou encore de développer des interventions permettant de faire avancer la pratique clinique.

En guise de résumé, je vous présente la recette qui me permet de faire de la clinique et de la recherche : un travailleur social avec des intérêts pour l'amélioration de nos pratiques, pour une meilleure compréhension de nos clientèles et pour une meilleure utilisation des données probantes dans nos interventions; un travailleur social qui fait partie d'une équipe à vocation suprarégionale qui partage les intérêts énoncés ci-dessus et qui a l'intérêt et le devoir de faire de la recherche psychosociale; un travailleur social qui fait partie d'une équipe de recherche avec une infrastructure en place et des visées établies; un travailleur social qui a l'appui de ses collègues, de ses gestionnaires et de son organisation.

En conclusion, je me permets de proposer quelques ingrédients qui pourraient être ajoutés pour permettre d'améliorer encore cette recette : la création de postes de travailleurs sociaux combinant des activités cliniques et de recherche; l'octroi de fonds récurrents pour permettre la création de ces postes et pour financer les projets de recherche par les organisations; et l'implantation d'une culture de recherche ou d'une organisation apprenante dans le service social des organisations. Somme toute, j'aimerais ajouter que je me considère comme privilégié de faire partie d'une organisation qui me permet de faire partie des ingrédients essentiels aux transferts entre la recherche et la pratique clinique. Je sais que, au cours des prochaines années, les enjeux financiers nous obligeront à ajuster la recette, mais j'ai bon espoir de réussir à continuer de faire partie de mes trois grandes familles du CHU de Québec.

#### **Descripteurs :**

Centre hospitalier universitaire de Québec. Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS) // Service social - Recherche

Social work research

par

Josianne Crête, T.S., doctorante

Membre clinicienne du CRIR-CRLB

Programme pour les personnes présentant un traumatisme craniocérébral

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Courriel : jcrete.crlb@sss.gouv.qc.ca

Étude auprès de travailleuses sociales du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB, Montréal) afin de mieux comprendre la place qu'elles accordent dans leur travail aux savoirs théoriques et pratiques.

Study involving social workers at the Lucie-Bruneau Rehabilitation Centre (Montreal) in order to better understand the place of theoretical and practical knowledge in their work.

L'écart entre la théorie et la pratique est objet de débat depuis très longtemps (Boutet, 2004) et est encore très actuel (Racine, 2007). Ce débat se poursuit sous deux angles :

« Le premier questionne l'efficacité de la théorie à conduire la pratique, notamment en regard d'approches, de paradigmes, de méthodes et de théories diverses (Lecomte, 1994; 2000). Le deuxième examine la nature des rapports entre savoirs théoriques et savoirs d'expérience (Racine, 2000; Schön, 1994). » Huot et Couturier (2003 : 19)

Il y a donc lieu de se questionner sur la façon dont les savoirs théoriques guident la pratique ou de se demander comment les praticiens utilisent les différents savoirs qui les habitent – savoirs théoriques, pratiques et existentiels – pour guider leur pratique. C'est ce deuxième angle que nous avons choisi pour le travail de recherche que nous présenterons ici.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 48-55.

Ce projet de recherche visait à explorer la place que les intervenantes psychosociales<sup>1</sup> en réadaptation accordent à différents types de savoirs dans leurs pratiques d'intervention. Après avoir présenté la problématique expliquant l'intérêt porté au sujet choisi, la méthodologie et les résultats de ce projet seront décrits. Les résultats seront présentés en trois sections, d'abord les constats faits à la suite du classement des sources de connaissances, ensuite les fonctions associées à ces sources de connaissances, puis les liens perçus entre les savoirs pratiques et théoriques.

### Problématique

Plusieurs recherches ont démontré dans le passé que le savoir se bâtit de plusieurs façons et que son mode de construction n'est pas relié à sa légitimité comme base pour l'intervention (Cloutier, 2006; Desgagnés, 2007; Leclerc et Bourassa, 2000). Ainsi, les savoirs théoriques construits grâce à des réflexions conceptuelles, comme les résultats de recherches, d'études ou de sondages, peuvent être légitimes pour guider l'action. De la même façon, les savoirs pratiques, qui sont bâtis sur la pratique de toute activité humaine, comme les apprentissages faits par essai-erreur, peuvent également être légitimes comme base pour l'intervention. Enfin, les savoirs existentiels, acquis par la socialisation, tout au long de la vie, telle la connaissance des normes culturelles et sociales, peuvent aussi être légitimes pour guider l'intervention (Galvani, 1999). En fait, peu importe la façon dont le savoir a été construit, il peut être légitime comme base pour l'intervention, en raison de sa rigueur ou de sa pertinence (Schön, 1996).

Dans la pratique du travail social en réadaptation physique, des cadres théoriques particuliers au travail social (approche systémique, structurelle, etc.) servent de bases à l'intervention. À ces bases se greffent des données théoriques propres au domaine de la réadaptation (processus de production du handicap, etc.). Par contre, malgré leurs forces, ces modèles

théoriques présentent différentes limites dans leur application (Alary, 2009; Jarvis, 1999; Racine, 2007; Turcotte, 2009), limites amplifiées par l'incertitude caractérisant les situations du terrain (Guay, 2009; Racine, 2007; Soulet, 2003). Pour cette raison, les intervenantes en réadaptation utilisent tous les savoirs qu'elles possèdent pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de leur clientèle et non pas uniquement les savoirs théoriques. Il apparaît donc pertinent de se demander : « Quelle place les intervenantes psychosociales en réadaptation accordent-elles à différents types de savoirs dans leurs pratiques d'intervention? »

## Méthodologie

Afin de répondre à cette question, nous avons constitué un échantillon de convenance de huit intervenantes pratiquant au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Les intervenantes composant l'échantillon ont donc été choisies pour des raisons pratiques d'accessibilité et de coût (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Le CRLB est un établissement public de santé offrant des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique. Il s'agit de l'endroit où les pré-occupations liées à ce projet d'études sont nées – alors que nous y intervenions comme travailleuse sociale – et où la collecte de données a eu lieu – lors de nos études de maîtrise. Nous y avons réalisé huit entrevues individuelles semi-dirigées avec des intervenantes psychosociales ayant de 1 an à 21 ans d'expérience d'intervention en réadaptation. Durant les entrevues, différents thèmes ont été explorés, tels que : 1) la place accordée aux savoirs découlant de différentes sources de connaissances et les raisons motivant la place accordée; 2) les fonctions associées à ces savoirs; ainsi que 3) les liens actuels et ceux souhaités entre la théorie et la pratique en service social.

En s'inspirant d'un outil d'intervention utilisé fréquemment au CRLB, l'outil Priorité d'intervention du client® (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2004), un outil visuel, concret et familier a été conçu pour faciliter la collecte de données. Ce dernier visait à faciliter la discussion en concrétisant le sujet plutôt abstrait traité par le projet. Ainsi, une série de cartes sur lesquelles des sources de connaissances étaient

inscrites devaient être classées par les participantes parmi les quatre options offertes sur une plaquette, soit : *très grande place, grande place, peu de place, pas de place*. La place dont il est ici question est celle que les intervenantes accordent, pendant leurs interventions, aux connaissances découlant de la source nommée sur la carte à classer. Ces cartes représentaient différentes sources de connaissances : 1) se rattachant habituellement à des savoirs théoriques ou à des savoirs pratiques et 2) se référant à un outil de circulation de connaissances ou à un mode de production de savoirs.

Les différents types d'articles (recherche, réflexion, de fond) et les différentes activités de développement (colloque, formation) ont tous été considérés comme des outils de circulation d'informations de type théorique. La rédaction de rapports et de notes chronologiques, les réflexions personnelles, les expériences de vie et les contacts avec la clientèle étaient considérés comme des moyens de production de savoirs pratiques. La lecture de rapports et de notes chronologiques était considérée comme un outil de circulation d'informations de type théorique et de savoirs pratiques développés par des collègues. Enfin, les échanges avec un collègue ont été considérés comme un moyen de production de savoirs pratiques et un outil de circulation d'informations de type théorique.

Une grille évolutive d'analyse a été bâtie de façon à documenter les thèmes ciblés par les questions d'entrevue et ceux émergeant en cours d'analyse. Les données recueillies auprès des participantes ont donc fait l'objet d'une analyse par thème pendant et après la collecte de données – les analyses préliminaires permettant de raffiner les entrevues subséquentes. Une fois la collecte terminée, nous avons d'abord analysé le contenu de chaque entrevue séparément – analyse verticale – pour ensuite comparer les contenus de chaque entrevue entre eux – analyse horizontale. Les résultats sont présentés et analysés dans ce qui suit.

## Constats à la suite du classement des sources de connaissances

Comme nous venons de le mentionner, les entrevues ont principalement permis à chaque participante de classer les sources de connaissances proposées selon la place qu'elle y

accorde dans sa pratique. Divers constats peuvent être tirés de ce classement. Le premier est que toutes les sources proposées ont été classées comme ayant une *très grande place*, une *grande place* ou *peu de place* dans l'intervention, rien n'a été classé sous l'option *pas de place*. Cela laisse sous-entendre que toutes les sources de connaissances présentées peuvent être une opportunité d'apprentissage et d'inspiration pour la pratique, et que tous les savoirs ont une place – plus ou moins grande – dans la pratique.

Un second constat est que certaines sources sont classées d'une façon qui varie d'une personne à l'autre, alors que d'autres sources occupent de façon constante une place importante pour chacune. Ainsi, la réflexion personnelle, les contacts avec la clientèle, et les échanges avec un collègue sont placés dans *très grande place* pour six des huit participantes. Parmi celles proposées, ces trois sources semblent les plus importantes pour la forte majorité des participantes, alors que les cinq autres sources sont classées par les participantes d'une façon qui varient entre *très grande place* et *peu de place*.

Les trois sources les plus importantes parmi celles proposées par la méthodologie retenue ne sont pas nécessairement celles auxquelles les participantes accordent spontanément le plus de place pour guider leurs interventions. En effet, la majorité des répondantes nomme d'autres éléments pour décrire ce qui oriente le plus leurs interventions. Certaines renvoient au cadre de travail (exigences de gestion, composition de l'équipe, etc.) pour parler de ce qui influence le plus leur pratique. D'autres invoquent plutôt des éléments personnels (intuition, amour pour les gens, confiance en soi, etc.). Une autre évoque l'utilisation de plusieurs théories, après la création d'un bon lien de confiance thérapeutique. Une autre dit intervenir selon les besoins qu'elle attribue au client à la suite de l'évaluation du fonctionnement social. Enfin, la dernière affirme se baser sur des essais et erreurs pour guider ses interventions.

La discussion entourant le classement fait par chaque répondante a permis de constater que certaines participantes ont classé les sources de connaissances à partir d'un critère de pertinence pour leur pratique quotidienne. Cela

rejoint l'idée de Schön (1996) selon laquelle non seulement la rigueur derrière l'élaboration d'un savoir permet d'en justifier l'utilisation, mais aussi sa pertinence pour la pratique. L'une des répondantes, Mélanie<sup>2</sup>, exprime cela en disant que l'importance que prendra une source de connaissances dans sa pratique dépendra si cette source « représente un potentiel direct d'apprentissage en lien avec la clientèle avec qui [elle] travaille ». Ainsi, plus une source de connaissances apparaît pertinente aux yeux de ces intervenantes, plus elle prendra une grande place dans leur classement.

Le classement a aussi permis de constater que, pour plusieurs participantes, la place actuelle qu'elles accordent à certaines sources de connaissances n'est pas celle qu'elles souhaiteraient leur accorder. Ainsi, il existe une distance entre la place réelle et la place idéale qu'accordent les intervenantes aux sources de connaissances. Par exemple, Mathilde affirme que la lecture d'articles occupe actuellement « peu de place, mais [qu'elle] aimerai[t] que ça occupe une grande place, à tout le moins ».

Un autre constat est que, bien qu'une participante affirme que le classement qu'elle a fait des sources de connaissances devrait être immuable, la majorité des répondantes croit que quelques sources peuvent changer de place dans le classement alors que d'autres ne le peuvent pas. Divers facteurs justifieraient ces changements, tels que le passage du temps, les changements dans le contexte de travail (type de clientèle, travail en équipe ou seul, etc.) ou encore leur parcours personnel (proximité de la retraite, cumul d'années d'expérience, etc.). Il est toutefois intéressant de souligner que les participantes ne voient pas toutes l'influence du cumul d'années d'expérience de la même façon. En effet, certaines croient que l'expérience fait en sorte que les données théoriques prennent plus d'importance, alors que d'autres croient l'inverse.

Lors des entrevues, nous avons également pu constater un écart entre la perception qu'ont les répondantes de l'importance qu'elles accordent à une source de connaissances et la mise en action qui serait attendue pour se les approprier. Par exemple, cette intervenante affirme accorder beaucoup de place aux articles tout en reconnaissant ne pas en avoir lu depuis

plusieurs années. Ces incohérences rappellent que les actions peuvent parfois être en désaccord avec les croyances théoriques (Argyris, Putnam et McLain Smith, 1985). Une lecture critique de ces écarts soulignerait que plus les sources de connaissances semblent imposées ou extérieures à soi (articles, activités de développement, etc.), moins grande semble la cohérence entre le discours et l'action. Il devient donc plausible de penser que les répondantes ont tellement bien intériorisé le discours social prônant l'utilisation de ces sources, qu'elles sont réticentes à dire à quel point elles se réfèrent à leurs savoirs pratiques, par crainte de voir leurs interventions disqualifiées. Cette piste de réflexion gagnerait à être explorée davantage.

L'analyse du classement permet d'identifier deux profils types d'intervenantes. En effet, alors que certaines semblent mettre les savoirs théoriques au centre de leurs interventions et utiliser les savoirs pratiques pour en combler les limites perçues, d'autres font l'inverse. Il n'y a en fait pas de participante qui n'utilise qu'un seul type de savoir, remettant ainsi en question l'idée répandue d'une dichotomie entre ces deux types de savoirs où les praticiens ne privilégieraient que les savoirs pratiques, laissant aux chercheurs la théorie. Ainsi, pour les répondantes, ces savoirs coexistent et sont complémentaires, il ne s'agirait pas d'en choisir un plutôt qu'un autre, mais bien de savoir comment les articuler.

Il est également intéressant de remarquer que les répondantes appartenant aux deux profils types placent la réflexion personnelle au centre de leurs interventions. Il y a peut-être ici un lien à faire avec des études ayant démontré que les nouvelles données sont souvent adoptées partiellement par les personnes, les adaptant à leurs besoins, leurs croyances et aux circonstances (Boutet, 2004; Jarvis, 1999). C'est ce qui ressort du discours des participantes justifiant certains aspects de leur classement par le fait d'être « son propre outil de travail ». Cela implique que tous les types de savoirs soient filtrés par l'intervenante qui crée ensuite sa propre configuration, articulation de ce « filtrage ». Cela renforce l'idée selon laquelle tous les types de savoirs, lorsqu'ils s'incarnent dans une pratique, sont très intimement liés.

Le dernier constat est que, du point de vue des participantes, certains savoirs sont incontournables, alors que d'autres sont facultatifs. Pour elles, chaque praticienne fait des choix reliés aux connaissances et aux savoirs qu'elle veut retenir et à ceux qu'elle laissera de côté. Toutefois, l'utilisation des savoirs provenant de sources externes se fait par un tri entre les connaissances présentées, alors que tout ce qui provient de soi (expérience de vie, réflexion personnelle, etc.) serait un choix incontournable dont, comme le dit Mélanie, « on ne peut pas ne pas tenir compte ». Mélanie affirme en fait que l'utilisation du contenu des activités de développement, des articles et autres sources externes de savoirs se fait suite à un tri entre les connaissances présentées :

« La formation, tu vas prendre ce qui colle à tes valeurs, à ta façon de faire. [...] C'est sûr que je vais m'inspirer du vécu et des connaissances qu'on me donne, mais je n'interviendrai pas qu'à partir de l'information qu'on m'a donnée. Je vais en prendre un bout, et c'est tout. »

Par contre, lorsqu'il s'agit de quelque chose qui vient d'elle, comme son expérience de vie ou sa réflexion personnelle, elle affirme plutôt que : « L'expérience de vie, je pense qu'on ne peut pas la nier, elle est là. Donc elle fait partie intégrante. Je pense que c'est indissociable. On ne peut pas l'enlever de là. »

Notons que cet aspect incontournable de certains types de savoirs est perçu comme étant rassurant par certaines, comme par Mélanie pour qui cela permet d'être plus authentique comme intervenante. Par contre, d'autres le perçoivent comme étant dérangent et tentent alors d'échapper à l'utilisation de ces savoirs incontournables. C'est ce qu'exprime Sara en expliquant que, lorsqu'elle se rend compte qu'elle est en train d'utiliser ses savoirs incontournables de façon machinale, sans l'avoir choisi, elle a tendance à tenter de les neutraliser, de les canaliser.

« Volontairement, je vais me dire "Ok, ça a tel impact", mais je vais essayer de voir comment je peux l'utiliser, mais je ne vais pas transmettre ça directement dans l'intervention. Je vais plutôt essayer d'y réfléchir et m'en servir pour essayer de voir ce que ça peut vouloir dire pour l'intervention. »

## Fonctions associées aux sources de savoirs

En plus de classer les sources de connaissances selon la place qu'elles ont dans l'intervention, les participantes ont nommé certaines fonctions qu'elles attribuent à ces sources, soit ce que cette source leur permet de réaliser. Bien que toutes les fonctions nommées soient reliées à l'intervention, différents types de fonctions existent (figure I : Fonctions attribuées aux sources de connaissances, page 53).

Les fonctions plus générales influencent divers aspects de l'intervention. Celles-ci renvoient d'abord au rôle de levier pour développer et renouveler des connaissances sur plusieurs sujets en lien avec l'intervention. Aussi, elles font référence à la fonction de donner un sens à une pluralité de connaissances par la réflexion. Cela démontre à quel point les participantes tentent d'avoir une « pratique réflexive » (Schön, 1982). En fait, elles évoquent très souvent les trois types ou moments de réflexion décrits par Schön (1982), soit la réflexion dans l'action, la réflexion sur l'action, et la réflexion sur la réflexion dans l'action.

Bien que certaines fonctions influencent divers aspects de l'intervention, la majorité d'entre elles est propre à un groupe d'acteurs ou à un moment de l'intervention. Les fonctions utiles pour les intervenantes sont celles qui permettent aux participantes de se développer comme intervenantes (développer une rigueur professionnelle, se forger une identité professionnelle, etc.) et de se développer personnellement (se remettre en question, reconnaître ses limites, etc.). Il est d'ailleurs intéressant de voir que les participantes soulignent un lien bidirectionnel entre leur vie privée et professionnelle. En effet, non seulement l'expérience de vie permet de trouver de nouvelles solutions aux difficultés vécues par les clients, mais les contacts avec la clientèle peuvent aussi aider à traverser des périodes difficiles de leur propre vie.

Un autre acteur important dans l'intervention est le client. Plusieurs sources de connaissances ont des fonctions qui lui sont utiles directement. Il peut s'agir de permettre une meilleure connaissance du client et de son cheminement, avoir une meilleure vision de ce qui se passe après la réadaptation pour lui, favoriser le lien entre lui et l'intervenante ou encore avoir une meilleure vision macrosociale de sa situation.

Certaines sources ont aussi une utilité pour les partenaires (proches ou autres intervenantes). Ces fonctions permettent de mieux intervenir auprès des partenaires, de mieux répondre à leurs questions, de faciliter leur collaboration, de bonifier le travail systémique ou encore d'ajuster les interventions de l'équipe à leur opinion.

Certaines sources ont aussi des fonctions utiles pour l'équipe, telles que permettre de développer un jargon commun, de faciliter la synthèse des informations à transmettre ou encore de répondre aux attentes de l'employeur. Les autres fonctions reliées au travail d'équipe illustrent le concept de « conversation avec la situation » (Schön, 1982), qui peut se faire « à plusieurs voix » (Racine, 1997). Ainsi, les résultats du présent projet appuient le fait que l'apport des collègues est important dans l'intervention, puisqu'il permet d'échanger sur des façons d'intervenir, d'ajuster ses attentes et ses interventions à l'expertise de ses collègues, de partager la responsabilité des décisions prises pour le client, ainsi que d'uniformiser le travail d'équipe.

Les sources de connaissances ont finalement différentes fonctions, à différents moments de l'intervention, soit avant, pendant et après celle-ci. Avant l'intervention, ce qui importe le plus est de la préparer. C'est ce qu'ont comme fonctions plusieurs sources de connaissances, en permettant de cibler les interventions afin d'avoir plus de succès, en orientant l'évaluation et les interventions, en clarifiant le mandat et le rôle actuels, etc. Cela permettrait, selon les participantes, de prévoir et même de raccourcir la durée des interventions, en ciblant plus rapidement ce sur quoi intervenir.

Pendant l'intervention, toutes les sources de connaissances ont une ou plusieurs fonctions spécifiques, telles qu'éviter de poser les mêmes questions plusieurs fois, faire face à la complexité de certains cas, ainsi que stimuler sa créativité pour éviter les automatismes. Ces fonctions ne sont toutefois pas nécessairement positives ou négatives. Par exemple, ces automatismes que certaines cherchent à éviter sont perçus par d'autres comme étant une façon de gagner du temps et d'éviter des erreurs. Ainsi, la fonction permettant d'éviter les automatismes est tant positive – éviter de perdre de la

sensibilité face aux spécificités de chacun – que négative – ne permet pas de gagner du temps. Cela dit, une autre fonction est à souligner pour son utilité pendant l'intervention, soit celle de faciliter l'intégration des savoirs théoriques à la pratique. Cela reprend l'idée de Jarvis (1999) selon laquelle, pendant sa pratique, l'intervenante ne fait pas que réfléchir, elle incorpore aussi les théories développées par d'autres pour ensuite créer ses propres théories. Élodie illustre ce concept en disant : « Moi, il faut que je puisse ramener ça dans quelque chose de concret, sinon, je ne suis capable de rien faire avec. »

Après l'intervention, il semble important pour les participantes de faire le point sur ce qui s'y est passé. Certaines sources de savoirs permettent donc d'évaluer l'atteinte des objectifs, de faire un lien entre les savoirs théoriques et leur mise en pratique, de valider les perceptions et les interventions des intervenantes et de les dégager de leurs premières impressions de la situation. De plus, différentes sources facilitent les suivis à faire après l'intervention, tant lors des changements d'intervenante que lorsque les dernières interventions datent de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines.

### Liens entre les savoirs théoriques et pratiques

Le dernier point ressortant des entrevues porte sur la perception qu'ont les répondantes des liens entre les savoirs théoriques et pratiques en service social. Pour discuter de ce lien, il importe d'abord de connaître la perception des participantes sur l'utilité de ces savoirs. Les deux forces principales énoncées pour les savoirs théoriques sont de donner « des mots à mettre sur l'intervention », comme le dit Sabrina, et d'augmenter la crédibilité sociale

des intervenantes. Cela est fort important dans une société comme la nôtre, où le paradigme hégémonique est le positivisme et où la crédibilité sociale s'acquiert par la connaissance et l'utilisation de savoirs théoriques (Roy, 2001; Turcotte, 2009). Leurs deux principales limites ont trait à leur diffusion (peu accessibles, transmises au compte-gouttes, etc.) et à leur pertinence (manquent de flexibilité, difficiles à adapter aux réalités du terrain, etc.). En fait, ces savoirs sont perçus comme positifs lorsqu'ils servent à se remettre en question et comme négatifs lorsqu'ils exercent une forme de contrôle et qu'ils deviennent une forme de « décisionnisme » visant l'application de protocoles (Webb, 2001, cité dans Couturier et Carrier, 2004 : 70). Comme l'exprime Élodie : « il ne faut pas que les données probantes deviennent une fin en soi et que l'être humain que l'on a devant nous devienne en second plan. »

Les répondantes ont aussi souligné certaines forces et limites des savoirs pratiques. Comme il fallait s'y attendre, elles partagent avec la majorité des praticiens une perception fort positive de l'utilité de ces savoirs, à la limite un peu idéalisée, et clairement plus positive que pour les savoirs théoriques. Elles affirment en fait que les savoirs pratiques sont plus utiles à leur travail que les savoirs théoriques. Toutefois, certaines soulignent qu'ils ne sont pas faciles à mettre en mots, ce qui en limite la reconnaissance, la diffusion – par exemple à des stagiaires – et la reproductibilité.

Lorsque nous avons questionné les participantes au sujet du lien actuel entre les savoirs théoriques et pratiques en service social, elles nous ont parlé de la qualité de ce lien et de leur perception de la hiérarchie entre ces savoirs. En

Figure I : Fonctions attribuées aux sources de connaissances

Fonctions influençant divers aspects de l'intervention	
Fonctions utiles pour différents acteurs impliqués dans l'intervention	Fonctions utiles à différents moments de l'intervention
Intervenante	Avant
Client	Pendant
Partenaires (proches et intervenantes)	Après
Équipe	

ce qui a trait à la qualité du lien, trois visions cohabitent. Certaines utilisent l'expression « mondes séparés » pour décrire le lien entre ces différents savoirs, d'autres expriment des efforts d'arrimage entre eux et les dernières les voient comme étant déjà totalement interreliés. Les participantes se divisent ensuite en deux pour décrire leur perception de la hiérarchisation actuelle de ces savoirs. Certaines se positionnent personnellement, ce qui les amène à affirmer que les savoirs pratiques ont priorité sur les savoirs théoriques, ou que les rapports entre savoirs théoriques et pratiques sont présentement à peu près égaux. Par contre, celles qui expriment leur vision de ce qui se passe dans la société affirment plutôt que les savoirs théoriques ont une plus grande place que les autres.

Les participantes se sont aussi exprimées sur la qualité du lien et la hiérarchisation qu'elles souhaitent voir entre les savoirs théoriques et pratiques en service social. Au sujet de la qualité, toutes les participantes ont dit souhaiter que ces deux types de savoirs soient plus proches, en spécifiant que cela nécessiterait un développement important des connaissances théoriques reliées au travail social en réadaptation. En ce qui concerne la hiérarchisation souhaitée entre ces types de savoirs, une seule participante se démarque des autres. En effet, en réaction à la tendance de priorisation des savoirs théoriques qu'elle observe, cette répondante souhaite prioriser les savoirs pratiques. Pour leur part, les autres participantes souhaitent plutôt l'élimination du lien hiérarchique entre ces savoirs et une utilisation égalitaire et complémentaire de ceux-ci.

Ces résultats démontrent que la place des savoirs pratiques est déjà bien ancrée dans la pratique, mais que celle des savoirs théoriques est à réaffirmer. Pour les participantes, il semble donc que l'intervenante psychosociale idéale serait quelqu'un qui a beaucoup de savoirs pratiques, qui est proactive pour se tenir à jour au sujet des savoirs théoriques et qui s'implique dans le développement de savoirs théoriques. Par contre, comme le dit Coralie : « Veut, veut pas, on n'a pas le temps de chercher beaucoup, donc on ne le fait pas nécessairement ». Ainsi, le manque de temps pour suivre le rythme rapide des développements théoriques et la priorisation de l'intervention directe auprès des

usagers font obstacle à l'atteinte de cet idéal. Toutefois, les participantes relèvent diverses stratégies qui pourraient être utilisées afin de surmonter ces obstacles, principalement des façons de faciliter l'accès aux données théoriques. Il pourrait en fait s'agir d'avoir recours à des personnes-ressources, à l'échange de courriels, à la mise en place de sites Internet, à l'utilisation de forums de discussion entre pairs, tout comme il pourrait s'agir de mettre en place des collaborations entre intervenants ou entre intervenants et chercheurs.

## Conclusion

Tous les résultats qui viennent d'être présentés démontrent le désir des participantes que les différents types de savoirs aient une place dans leurs interventions. Ainsi, elles souhaitent que, dans leur pratique en réadaptation physique, les différents savoirs soient utilisés de façon complémentaire et non hiérarchique, tout en laissant place à leur créativité et à leur liberté professionnelle. Elles désirent avoir des bases théoriques sur lesquelles appuyer leurs interventions et non simplement appliquer à leur pratique des savoirs théoriques développés par d'autres. Certaines illustrent cette idée en comparant les différents types de savoirs aux divers aliments du *Guide alimentaire canadien*. Ainsi, pour avoir une intervention bien « nourrie », il devient nécessaire d'avoir un « régime de savoirs équilibrés ».

En fait, l'étude qui vient d'être présentée confirme la nécessité d'une réelle reconnaissance de l'utilisation des différents types de savoirs dans l'intervention. Cette reconnaissance doit être entière et non uniquement superficielle. Aussi, elle doit viser à développer des modalités pour que les savoirs pratiques puissent se discuter ouvertement entre tous les acteurs impliqués. Une telle reconnaissance pourrait soutenir le développement de projets de recherche plus près de la pratique réelle des intervenants. En fait, cela donnerait la possibilité de se raconter avec moins de réticences aux auteurs de « pratiques silencieuses » (Racine, 2007). Ces pratiques qui se distinguent par le malaise qu'éprouvent les intervenantes à les mettre en mots, tant en raison de la difficulté à trouver les mots que de la difficulté à faire reconnaître et entendre ces mots (Racine, 2007), pourraient en effet s'exprimer plus librement.

Cela aurait comme conséquence d'améliorer les recherches sur les pratiques qui – de toute évidence – sont souvent uniquement basées sur des savoirs théoriques. Enfin, cela permettrait aux savoirs pratiques d'être utilisés plus adéquatement dans la pratique et peut-être même de favoriser un mouvement de transfert des connaissances pratiques vers la recherche.

### Descripteurs :

Analyse des pratiques professionnelles - Québec (Province) // Service social - Québec (Province) // Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) - Québec (Province) - Montréal

Professional practice analysis - Quebec (Province) // Social work - Quebec (Province)

### Notes

1 Le féminin est utilisé puisqu'une forte majorité des personnes intervenant en service social sont des femmes. De plus, il s'agit d'une façon d'adopter les habitudes du milieu ciblé pour la collecte de données, où le féminin est utilisé pour nommer l'ensemble des intervenantes en service social.

2 Les noms utilisés tout au long du présent document sont fictifs.

### Références

- Alary, J. (2009). Le travail social comme discipline pratique, *Intervention*, (131), 42-53.
- Argyris, C., Putnam, R., & McLain Smith, D. (1985). *Action science: Concepts, methods, and skills for research and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2004). *Prix d'excellence 2004 : Sommaire des dossiers soumis*. Extrait de [http://www.aerdpq.org/docs/Prix\\_excellence2004\\_Sommaires\\_projets.pdf](http://www.aerdpq.org/docs/Prix_excellence2004_Sommaires_projets.pdf).
- Boutet, M. (2004) *La pratique réflexive : un apprentissage à partir de ses pratiques*. Communication présentée à l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec. Extrait le 2 février 2010 de [http://www.mels.gouv.qc.ca/reforme/Boite\\_outils/mboutet.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/reforme/Boite_outils/mboutet.pdf).
- Cloutier, G. (2006). *Femmes immigrantes et organismes communautaires : partage d'histoires et de savoirs* (Doctorat). École de Service social, Université de Montréal : Montréal.
- Couturier, Y., et Carrier, S. (2004) Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent, *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 68-79.
- Desgagnés, S. (2007). *Récits exemplaires de pratique enseignante*. Extrait le 16 mars 2010 de <http://www.recitdepratique.fse.ulaval.ca/>.
- Galvani, P. (1999) Fertilisation croisée des savoirs et ingénierie d'alternance socio-formative. Le programme de recherche-formation-action Quart Monde/Université, *Revue française de pédagogie*, 128, 25-34.
- Guay, C. (2009). Une pratique de travail social culturellement enracinée : un regard sur les savoirs d'expérience des intervenants sociaux autochtones, *Intervention*, (131), 194-203.
- Huot, F., et Couturier, Y. (2003). L'examen des usages de la théorie en intervention sociale, *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 19-29.
- Jarvis, P. (1999). *The practitioner-researcher : Developing theory from practice*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Leclerc, C., et Bourassa, B. (2000). *Les savoirs d'expérience de praticiens de services d'éducation à l'emploi*. Communication présentée à la 5<sup>e</sup> Biennale de l'éducation et de la formation. Paris, La Sorbonne.
- Ouellet, F., et Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, et D. Turcotte (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, 71-90. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Racine, G. (1997) La production de savoirs d'expérience : un processus ancré dans la participation à une pratique commune, dans C. Néglise et R. Zuñiga (Dir.). *L'intervention : les savoirs en action : 183-195*. Sherbrooke : Édition G.G.C.
- Racine, G. (2007). De la production du silence aux invitations à l'échange de savoirs : le cas des pratiques en travail social, dans H. Dorvil (Dir.). *Problèmes sociaux – Tome IV – Théories et méthodologies de l'intervention sociale : 17-26*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, G. (2001) Le praticien réflexif un pied dans la marge, *Intervention*, (114), 82-85.
- Schön, D. A. (1982). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1996). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes, dans J.-M. Barbier (Dir.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action : 201-222*. Paris : Presses universitaires de France.
- Soulet, M.-H. (2003) Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles? *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 125-141.
- Turcotte, D. (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel, *Intervention*, (131), 54-64.

# Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse

par

Josée Grenier, T.S., Ph. D.

Professeure

Université du Québec en Outaouais – campus de  
Saint-Jérôme

Courriel : josee.grenier@uqo.ca

Josée Chénard, T.S., professeure

Université du Québec en Outaouais – campus de  
Saint-Jérôme

Courriel : josee.chenard@uqo.ca

Description de la réflexion éthique et son utilisation pour redonner une place aux valeurs du travail social dans le contexte des changements dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

Description of the ethical reflection process, and its use to give back a place for social work values, in the context of changes in the Quebec Health and Social services field.

L'analyse sommaire de l'évolution des différentes mesures adoptées par l'État québécois dans le secteur de la santé et des services sociaux fait état d'une certaine mouvance politique et idéologique qui a peu à peu transformé le portrait des services publics (Bourque, 2009a). Les orientations politiques font valoir une conception managériale de la gouvernance étatique (Bergeron et Gagnon, 2003; Parazelli et Dessurault, 2010) fondée sur des valeurs où prédomine une culture axée sur la performance. Désormais, les établissements doivent répondre à des exigences de pertinence, d'efficacité et d'efficacités. Cette posture adoptée par les institutions publiques a une incidence directe sur le travail social institutionnel (Bourque, 2009b). En effet, les préoccupations

économiques des institutions et leur visée de performance s'arriment difficilement aux valeurs humanistes du travail social. Ce virage idéologique et pratique a produit un malaise important chez plusieurs travailleuses sociales œuvrant au sein même de ces institutions et qui adhèrent à des idéaux d'équité, de justice et de solidarité (Bouquet, 2003; Meagher et Parton, 2004; Vézina et Saint-Arnaud, 2011), des préoccupations plus humaines.

Les travailleuses sociales doivent donc composer avec des logiques antinomiques dans un contexte de rareté des ressources. Elles sont constamment appelées à transiger dans l'action au sein de situations où figurent des enjeux moraux, et malgré leur expérience, la complexité de certaines situations sème le doute quant au choix de la meilleure action. L'éthique est proposée comme un outil d'aide à la réflexion afin de guider les travailleuses sociales dans leur jugement pratique. Il ne s'agit pas ici de présenter un nouveau modèle de délibération, mais bien de suggérer des repères pour guider la réflexion dans l'action.

Par ailleurs, les transformations récentes ont eu un impact direct sur les dimensions interactives et relationnelles du travail social. La travailleuse sociale est appelée à composer avec un nombre infini de situations complexes, avec une multitude d'acteurs. La collaboration entre ces acteurs favorise un partage de responsabilités, permet d'appréhender, avec la richesse des expertises, les situations les plus complexes, et parfois d'apporter des solutions novatrices. Cependant, à certains moments, ces alliances peuvent par la différence de perceptions, de moyens suggérés ou de finalité recherchée être sources de conflits entre acteurs. Le dénouement de ces conflits ou la bonne entente entre ces « partenaires » de forme constituent un enjeu de taille en travail social. En somme, les logiques découlant des différentes transformations ont créé un malaise important chez plusieurs travailleuses sociales : morosité, perte de sens, isolement et épuisement professionnel

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 56-71.

(Molinier, 2004; Weinberg, 2009). Toutefois, nous croyons qu'une éthique solidaire inscrite dans un mouvement d'alliances professionnelles constitue un moyen de maintenir, de stimuler son engagement et de renouer avec le sens réel du travail social, soit une activité humaine et relationnelle.

Cet article, fruit de savoirs croisés entre réflexions théoriques, travaux de recherche et expérience pratique, fait état, dans la première partie, des éléments de la transformation des services publics, de ses effets et de la complexité qui en découle dans la pratique. Cette complexité des organisations et de leur fonctionnement se juxtapose à une complexité des situations rencontrées sur le terrain. L'article propose un schéma illustrant concrètement les dimensions de cette complexité. Pour une lecture de la complexité, essentielle à l'intervention, il propose également un outil de réflexion éthique individuelle et de groupe. Cette proposition vise à sortir d'une lecture trop souvent individuelle ou biomédicale des problèmes sociaux pour ouvrir vers une coopération et une solidarité au sein des équipes d'intervenants.

### **Transformation de la pratique du travail social Effets des transformations des services**

Les transformations du réseau de la santé et des services sociaux enchâssées par de nouvelles logiques ont modifié et complexifié, à certains égards, le travail social. Entre autres effets à considérer, la modification du cadre de pratique, théorique et méthodologique et enjeux, et l'arrivée d'un nombre de partenaires croissant entraînant du même coup des effets sur les dimensions interactives et relationnelles du travail social. En effet, le transfert de plus en plus important de l'État vers la communauté a conduit à des collaborations étendues avec un grand nombre d'acteurs. Le partenariat entre les secteurs public et privé en constitue un exemple. Ces collaborations complexifient la tâche des travailleuses sociales. Plus que jamais, le travail de collaboration interdisciplinaire, intersectorielle, impliquant les destinataires de l'aide et les proches, s'inscrit à l'avant-plan du travail social. Malgré toutes les retombées positives, ces collaborations requièrent un temps considérable, au moment même où les charges de cas augmentent, avec

des situations de plus en plus complexes, avec de rares ressources et des contraintes administratives de plus en plus précises, définies par les gestionnaires.

La logique de l'intervention sociale s'inscrit avant tout dans une coconstruction tissée de dialogues et d'échanges inscrits dans la réciprocité. Dans cette alliance collaborative avec les aidés se cultive l'autonomie de la personne apte à faire ses propres choix et à conduire ses actions. Comme le souligne Faya (2007), dans cet espace d'échanges, chacun construit à partir du savoir de l'autre. Cette attitude réclame de la part de l'intervenante une reconnaissance de la personne, de son histoire, de ses expériences, de ses représentations du monde et de ses valeurs. La travailleuse sociale navigue dans l'univers des valeurs. Entre l'idéal professé et l'application dans la pratique, il existe un écart. Certaines valeurs sont parfois sacrifiées et l'intervenante a parfois l'impression de se trahir, de perdre une partie de son identité (Hurst, 2001). L'aspect quantitatif du travail est démesurément priorisé et valorisé aux dépens de la qualité de l'intervention. De fait, le nombre de suivis et l'ajout de procédures et de règlementations qui contraignent à l'immédiateté (Diet, 2003) s'opposent à l'écoute active, à la disponibilité, à l'accompagnement dans la continuité des services, à la présence à l'autre, à l'information complète, à la référence personnalisée, au soutien par un accès à des services, à l'empathie, au jugement éclairé. Un paradoxe éthique. Comment conjuguer les exigences institutionnelles, performance et vitesse d'exécution, et le caractère fondamentalement complexe du travail social, construit de relations et de liens? Comment agir dans l'intérêt de la personne? Comme l'affirme Edgar Morin (2005), face à la complexité, il est nécessaire de bien penser pour bien agir.

### **La complexité comme exigence de ce nouveau contexte en travail social**

En milieu institutionnel, les travailleuses sociales travaillent au sein d'organisations complexes, régulées par des modalités explicites – règles, modalités de fonctionnement et procédures, etc. – et implicites – valeurs et culture du milieu, manière d'agir, code des bonnes relations, pouvoir de certains acteurs du milieu. La complexité est transversale et

s'exprime à travers le caractère diversifié et la nature des collaborations avec bon nombre d'acteurs : collègues de la même discipline ou d'autres disciplines, partenaires du réseau public ou du secteur privé, destinataires de l'aide et leurs proches. Dans son rôle, la travailleuse sociale doit composer avec ces acteurs, dont les valeurs et les logiques de leur milieu d'appartenance sont parfois éloignées du travail social créant à certains moments des tensions : les valeurs et les cadres de référence entre professionnels constituent parfois des « espaces » de tensions et de confrontations au sein des institutions et entre partenaires (Chénard et Grenier, 2012). Cet aspect lié au contexte et aux acteurs complexifie l'intervention et les relations.

Par ailleurs, cette complexité se révèle par les problématiques vécues toujours de manière unique, par une diversité de personnes qui appartiennent à des réseaux de relations plus ou moins étendus, et dont les soins et les services sont dispensés dans et par une organisation au fonctionnement souvent complexe.

Les travailleuses sociales sont fréquemment amenées à transiger et à résoudre des situations complexes les obligeant à réfléchir à l'action, dans l'action et souvent même à une rétroaction. La complexité de certaines situations peut parfois semer le doute quant au choix de la meilleure action. Cette complexité demande de réfléchir l'intervention en considérant l'ensemble des dimensions d'une situation. Ces dimensions sont interreliées et agissent les unes sur les autres provoquant un « jeu » d'effets et de conséquences sur le contexte et ses acteurs. Ce travail de réflexion et d'analyse est l'occasion d'une mise à distance de la situation problème et du sens des actions (Verrier, 2009). Cette mise à distance facilite la compréhension des enjeux et des dilemmes qui se retrouvent souvent à la base de conflits de valeurs entre les acteurs lors de la prise de décision. Ces tensions et ces conflits reposent la plupart du temps sur des questions d'ordre moral, éthique, se rapportant bien souvent à la meilleure conduite à adopter, à la façon d'agir – quoi faire et comment faire pour faire le bien.

### La réflexion éthique

La travailleuse sociale doit, dans la résolution de la situation, considérer une multitude de

facteurs et pour la guider et la soutenir dans son jugement pratique, nous proposons l'éthique. Duhamel et Mouelhi (avec la collaboration de S. Charles, 2001) proposent une définition élargie de l'éthique qui intègre un axe individuel et un second plus collectif.

« L'éthique concerne nos actions, nos façons d'agir et la manière de régler notre vie, tant individuelle que sociale; elle relève donc de la dimension **pratique** de l'existence humaine. Plus précisément, l'éthique concerne l'**évaluation** ou l'**appréciation** de nos actions, de notre conduite et de nos règles de vie, selon le registre du bien ou du mal, du juste ou de l'injuste, etc. [...] L'éthique concerne autant l'agir individuel que celui des institutions publiques. Elle possède donc une dimension sociale et collective que l'on rattache habituellement à la politique » (Duhamel, Mouelhi et al., 2001 : XIX).

L'éthique exige une posture réflexive, critique et continue, d'abord sur soi, ensuite dans le rapport à l'autre, aux autres, à la communauté et aux institutions. L'éthique interroge l'agir individuel et les institutions publiques qui ont également un mandat moral envers la population (Duhamel, Mouelhi et al., 2001). Dans son expression la plus simple, l'éthique représente les valeurs qui guident nos actions et le choix de ces décisions (Weinstock, 2009). Sur le terrain, la travailleuse sociale – ou l'équipe de professionnels – rencontre des situations difficiles qui interpellent son sens moral, ses valeurs. Confrontée à un dilemme éthique, à un cas de conscience, la travailleuse sociale ressent un malaise ou ne sait pas toujours comment agir ni quelle attitude adopter. Le dilemme éthique s'inscrit comme un conflit de valeurs à résoudre. La plupart du temps, il prend la forme d'une situation complexe où des choix d'action possibles reposent sur des valeurs différentes avec des conséquences à la fois positives et négatives, quel que soit le choix. Ce qui complique la tâche de l'intervenante est qu'aucune solution ne s'impose. Chaque possibilité milite en faveur d'arguments avec leurs conséquences. La travailleuse sociale doit alors juger de la meilleure action.

Devant la difficulté à orienter l'intervention, la délibération éthique constitue un outil réflexif pour guider le jugement pratique de l'intervenante. La délibération réalisée seule ou en

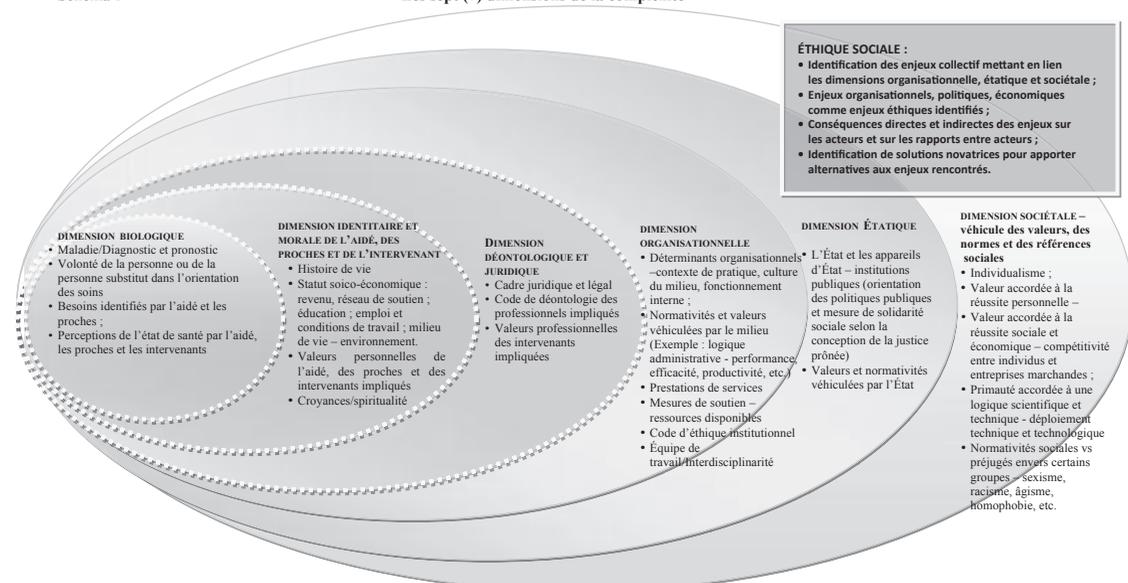
équipe est entendue ici comme un mode de réflexion et de discussion sur le choix et les motifs de ce choix menant à la meilleure décision. Or, pour une logique d'action, la travailleuse sociale happée au centre de situations litigieuses, adopte une posture réflexive. Faisant appel à ses capacités délibératives, cherchant « en [elle] et à l'extérieur [d'elle] des balises claires et précises pour tenter de dénouer ce qui ne va pas, pour connaître ce qu'il convient ou non de faire... » (Richard, 2008 : 202). Dans l'intention d'élargir sa compréhension de la situation, de recueillir un maximum d'éléments, la travailleuse sociale ou l'équipe de professionnels explore les différents aspects de la situation en jeu : (1) quelle est la demande initiale – que souhaite la personne et sa famille; (2) en quoi la situation vécue m'interpelle-t-elle; (3) de manière intuitive, quelle action devrais-je privilégier – et pour quelles raisons –, quelles valeurs sont privilégiées par cette action; (4) quels sont la mission et le mandat de mon établissement, et par conséquent mon rôle et ses limites à l'intérieur de celui-ci; (5) quelle est la volonté de la personne (de la famille) et quels sont ses droits; (6) que dit la loi; (7) quelles ressources peut-on mobiliser pour aider la personne; (8) quelles seront les conséquences de mes interventions sur chacun des acteurs impliqués? Ces questions s'inscrivent dans une démarche réflexive

élaborée un peu plus loin dans l'étude de cas. Elles témoignent de la complexité des situations. L'éthique permet justement de poser un regard systémique et critique en déterminant clairement les différentes dimensions d'une situation, d'ordonner les éléments de la situation et de favoriser une meilleure compréhension pour agir avec conscience et discernement. L'éthique interroge la conscience de l'individu et sa capacité à délibérer et à choisir (Bourgeault, 2004).

En présence d'un enjeu éthique, la réflexion s'inscrit comme préalable à l'intervention. La première étape consiste d'abord à définir le problème, afin de bien saisir l'enjeu – le dilemme en cause. La compréhension et l'analyse d'une problématique complexe, telle que conçue par Morin (2005), exigent de « penser complexe », c'est-à-dire de relier les faits, pour « établir un dialogue » entre les différents niveaux de la situation. Ces dimensions sont de plusieurs ordres : biologique, moral, sociopolitique, économique, juridique. La dimension biologique implique une prise en compte de la santé physique de la personne – la maladie, son évolution, le pronostic, les besoins de la personne, ses volontés dans les soins et les arrêts de traitement. La dimension identitaire et morale reprend en quelque sorte la trajectoire identitaire de l'aidé, mettant en perspective ses

Schéma 1

Les sept (7) dimensions de la complexité



Ce schéma s'inspire du texte de Bossé, P.-L., P. Morin et N. Dallaire (2006). « La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable », *Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 1, pp. 47-63.

valeurs, ses croyances, son réseau et sa perception de la situation, et celle de tous les acteurs (proches et intervenants) réunis, des aspects moraux et affectifs en jeu. La dimension déontologique et juridique soulève les enjeux normatifs, déontologiques et juridiques : les devoirs et les responsabilités de l'intervenante – ou des professionnels en cause –, les droits et la volonté de l'aidé. La dimension organisationnelle renvoie plutôt aux normes et aux valeurs privilégiées par l'établissement, aux priorités accordées par l'organisation dans l'orientation des soins et des services au sein des programmes. La dimension étatique réunit l'ensemble des politiques publiques, des lois et des programmes sociaux mis en œuvre comme mesures de solidarité sociale pour la personne aidée et le proche-aidant. La dimension sociétale est représentée par les valeurs, les croyances, les préjugés, les normes sociales et institutionnelles. L'éthique sociale met en lumière les enjeux collectifs du travail social dans le champ visé et ses effets sur les acteurs. Cette réflexion permet de mettre en lumière le mandat des institutions, leurs responsabilités et les écarts entre ce qui est vécu sur le terrain par les acteurs et l'application des politiques et des orientations prises par les organisations et l'État. C'est également l'occasion de relever le défi des limites récurrentes et de proposer, par différentes stratégies et alternatives, des réponses autres, novatrices à ce qui existe déjà.

### 3.1 La délibération : un dialogue à entretenir

La délibération s'inscrit dans une méthodologie qui vise à organiser l'information, à l'analyser et à l'interpréter. L'objectivation de la réflexion procure un ancrage rationnel à la délibération et favorise un recul nécessaire à la décision en dépassant les impasses affectives qui obscurcissent la raison (Hurst, 2001). En résumé, la délibération éthique comprend les étapes suivantes :

1. Analyse de la situation<sup>1</sup>;
2. Choix des interventions possibles en situant les conséquences de chaque action sur l'ensemble des acteurs;
3. Prise de décision.

Plusieurs modèles délibératifs ont déjà été proposés. L'outil présenté comporte des ressemblances avec le modèle de délibération

de Legault (1999) et celui rédigé par l'Ordre (2007)<sup>2</sup> par la centralité accordée aux valeurs. L'outil présenté mise également sur la responsabilité des acteurs et des actants en faisant un rappel au code de conduite, à la dimension déontologique du travail social. L'outil de réflexion proposé soulève également les dimensions institutionnelle et politique, en somme, les déterminants structurels de la pratique du travail social, à l'instar du modèle de Legault (2003; 1999). Par ailleurs, ce qui particularise l'outil proposé est la dimension sociétale, les valeurs et les normativités sociales ainsi que les différents enjeux de société qui traversent nos institutions et qui, de ce fait, viennent directement atteindre les destinataires de l'aide et le travail des professionnels. Cette dimension est intimement liée à l'expérience quotidienne des personnes, au travers des enjeux moraux vécus par ces dernières, qu'elles reçoivent des soins ou qu'elles fournissent des soins et des services. Les organisations et les professionnels sont liés par une responsabilité commune envers les citoyens. Cette responsabilité dans une perspective plus macro renvoie à la dimension de l'éthique sociale (voir schéma 1), à la conduite des organisations et des institutions politiques en regard de leur mandat, mais plus spécifiquement aux enjeux moraux qui en découlent, aux conséquences sur les acteurs et aux alternatives ou aux solutions novatrices pour offrir des réponses aux limites et aux enjeux des contextes. Cette perspective ouvre à une éthique de l'engagement misant sur le dynamisme des individus et des milieux, à la nécessité du collectif, en faisant appel à leur créativité. L'originalité de la démarche proposée tient aussi à l'analyse systématique et systémique des multiples dimensions de la complexité. La théorie de la complexité est commandée par le souci d'une connaissance ni mutilée ni cloisonnée, apte à saisir le réel, justement complexe, comme nous l'avons démontré plus haut, respectant le singulier tout en l'insérant dans son ensemble (Morin, 2005; Rapin, 1997). La pensée complexe se révèle une approche désignée pour analyser les enjeux qui se dessinent entre les personnes – principalement la personne âgée, son expérience, la perception de sa condition – et les différents systèmes. D'autre part, l'éthique doit prendre acte de la complexité du jeu des

interactions entre les divers systèmes – les organisations et leurs acteurs – dans leurs rapports avec le financement, les nouveaux partenariats, les relations interprofessionnelles (l'interdisciplinarité), le déploiement des biotechnologies, le rôle de la santé publique, les différents enjeux éthiques en santé dans un contexte de vieillissement individuel et populationnel, les représentations dominantes entourant les personnes âgées.

La réflexion éthique en groupe est aussi un processus complexe, car elle implique de partager et de comparer sa représentation de la situation, ses motivations d'agir, ses valeurs sous-jacentes à l'action; un ensemble d'étapes qui implique un processus d'interaction qui demande habiletés, respect et confiance (Patenaude, 2002; Beauséjour, 2002). Le groupe, par l'apport d'expertises variées, constitue l'occasion de discuter pleinement de toutes les dimensions d'une même situation. Cette approche constructiviste regroupe, autant que possible, les intervenants impliqués dans l'intervention; elle favorise la cocréation et l'invention des possibles (Patenaude, 2002) pour dénouer les impasses. La réflexion éthique permet une distance réflexive sur des éléments, une juste distance pour éviter l'incursion trop forte des émotions. La réflexion éthique ne résout pas toutes les difficultés. Elle propose néanmoins un cadre méthodologique et d'analyse commun permettant un dialogue de sens, éclairé, réfléchi et partagé. Afin d'illustrer concrètement la délibération individuelle et de groupe, un exemple de cas fictif est proposé, celui de Mme Laferrière, inspiré de la réalité de la pratique en soutien à domicile.

#### Étude de cas :

Mme Laferrière, âgée de 76 ans, habite seule dans sa maison. Isolée, elle ne sort jamais et n'a que pour seule relation une voisine lui offrant une aide partielle et ponctuelle pour ses achats. Malgré des pertes cognitives légères à modérées, elle s'organise relativement bien, mais l'intervenante remarque des difficultés à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses activités de la vie domestique. Les services à domicile du CLSC étant limités, la dame reçoit l'aide d'une auxiliaire familiale et sociale une fois par semaine pour l'aide au bain, mais sans plus. De plus, la charge de cas de la travailleuse

sociale ne permet pas d'effectuer plus d'une visite à domicile toutes les deux semaines. Une présence plus fréquente constituerait un atout dans la création du lien de confiance. Par ailleurs, méfiante et craintive, cette dame refuse toute aide extérieure à l'exception de l'auxiliaire et de sa voisine qui se dit passablement essoufflée par l'aide qu'elle lui procure. Devant cette situation, la travailleuse sociale a demandé des services supplémentaires, car Mme Laferrière gagnerait à recevoir de l'aide pour l'organisation générale de la maison, dont le nettoyage du réfrigérateur, l'achat d'articles pour la maison, le paiement des factures, etc. Refusant sa demande, le comité d'allocation de services de l'établissement l'a plutôt *référé* aux services d'économie sociale, des services exigeant une contribution financière par l'aidée. Toutefois, Mme Laferrière, par crainte des étrangers à son domicile et son revenu trop maigre, a refusé cette idée.

À ce moment-là, la travailleuse sociale a remarqué une détérioration générale de l'hygiène de l'aidée et un fouillis plus important dans la maison. La vieille dame ne veut « rien entendre » de vivre en résidence privée. Et depuis cette discussion, elle ne souhaite plus revoir l'intervenante. Devant ce refus, la travailleuse sociale se demande comment la soutenir au mieux. L'instabilité du contexte préoccupe la travailleuse sociale. Elle a le souhait de respecter la volonté de madame Laferrière, mais ses difficultés à s'organiser s'inscrivent comme un risque pour elle-même, pour sa propre santé. En somme, l'intervenante vit une tension entre le respect de la volonté de la personne, son choix de vivre à domicile sans recevoir une aide extérieure et sa responsabilité professionnelle que lui rappelle également son code de déontologie, mais également son réel souci pour la vieille dame. Le questionnement relève de la dimension éthique du travail social, soit le souci de l'autre comme sujet unique et singulier, de son intérêt, du respect de ses propres désirs et aspirations. C'est ici toute la question du sens de ses actes dans le lien professionnel qui l'unit à l'autre. L'éthique s'exprime par un triple souci dans cette démarche de quête de sens : le souci de soi, le souci de l'autre et le souci de l'institution (Ricoeur, 1990 cité par Verrier, 2009). Dans cette perspective, l'intervenante s'interroge à

différents niveaux face à son malaise : (1) comment organiser les interventions pour assurer une aide adéquate à la dame; (2) quelles stratégies adopter; (3) doit-elle respecter la demande de la dame sans intervenir ou au contraire faire valoir encore une fois la nécessité de ressources supplémentaires auprès du comité d'allocation par un ajout d'heures de services offerts dans le cadre de la visite de l'auxiliaire; (4) doit-elle solliciter davantage la voisine, même si cette dernière lui a fait part de ses limites?

Nous proposons de réfléchir à la situation, de délibérer à partir des sept dimensions de la complexité présentées au schéma 1, et de conclure en optant pour la meilleure décision à prendre dans les circonstances.

La délibération constitue un moment privilégié pour la mise en commun des informations sur la situation, y compris les différents rapports et examens d'experts. Il y a lieu dans certains cas d'interpeller les différents professionnels impliqués pour un complément d'information ou encore pour délibérer en groupe. La délibération de groupe permet de faire valoir aux membres de l'équipe la pertinence de sa logique d'action par un argumentaire soutenu. Elle démontre également les conséquences de l'inaction ou de l'action sur les personnes concernées.

Le tableau 1 illustre le processus de délibération individuelle. Les réponses aux questions soulevées sont susceptibles d'enrichir la réflexion, afin de constituer la meilleure décision basée sur les aspects objectifs et subjectifs de la situation et dépasser le jugement intuitif. Un peu plus loin, la même situation est reprise, mais sous un mode délibératif interdisciplinaire.

Dans l'exemple retenu, la délibération individuelle a ouvert différentes voies d'action. Parmi celles-ci, la travailleuse sociale a décidé de représenter la situation au comité d'allocation de services en faisant valoir cette fois, après délibération, les faits nouveaux recueillis, en soulignant les valeurs et les responsabilités en jeu, les siennes et ceux de l'institution en relevant les risques et les conséquences pour la qualité de vie, la santé, le soutien à l'autonomie pour favoriser le maintien dans son milieu de vie, avec un argumentaire solide.

Madame Laferrière n'a pas participé pas à ce comité d'allocation de services puisque la

structure du programme implique les intervenantes et ne permet pas la participation des destinataires de l'aide. Soucieuse de l'intérêt et des droits de la dame, la travailleuse sociale a exposé aux membres du comité les limites à *référer* l'aidé à une entreprise d'économie sociale en raison de l'ajout de tiers acteurs et leur manque de connaissances de la problématique constituant ainsi des limites pour assurer le succès de l'intervention. En désaccord avec cette orientation, la travailleuse sociale a décidé d'exposer la situation à son gestionnaire clinico-administratif, mais cette fois en présence de l'aidé. Face à cette proposition, madame Laferrière refuse d'y participer. Dans son plaidoyer auprès dudit gestionnaire, la travailleuse sociale insiste sur les droits sociaux et citoyens de Mme Laferrière quant au choix de son milieu de vie et à l'accès à des services minimaux, et sur la responsabilité du CSSS, en regard de la politique de soutien à domicile, privilégiant le domicile comme premier milieu de vie et d'insertion dans la communauté. Ses efforts sont vains, la travailleuse sociale n'obtient pas gain de cause. On évoque le manque de ressources financières pour allouer ce genre d'aide, soit l'entretien ménager et une aide générale au bon fonctionnement de la maison. On dirige donc l'intervenante vers une entreprise d'économie sociale ou le secteur privé, mais Mme Laferrière refuse que d'autres intervenants viennent à son domicile, autres que le CLSC.

Devant ce refus persiste le malaise de la travailleuse sociale qui vit une tension entre ses valeurs professionnelles, la volonté de la dame, les risques associés à l'aggravation de son état et celles privilégiées par l'institution. Elle se sent prise entre la logique clinique qui l'engage dans un réel souci de l'autre (respect de l'autonomie et l'autodétermination de la dame) et la logique administrative où l'aidée est plutôt perçue comme un objet (Chénard et Grenier, 2012). Lors d'une discussion clinique, réservée aux professionnelles, elle décide alors de présenter cette situation aux membres de son équipe pour réfléchir aux enjeux et aux alternatives possibles en procédant à une réflexion de groupe, où elle espère trouver d'autres pistes de solution. Elle adopte, lors de la délibération de groupe, le même cadre opératoire que celui utilisé pour sa délibération individuelle.

**Tableau 1 : Complexité d'une situation – délibération individuelle\***

<p><b>Quelle est la définition du problème?</b>                  La cliente exprime le désir de vivre à domicile et refuse l'ajout d'une intervenante, alors que la travailleuse sociale craint pour sa sécurité et sa qualité de vie.</p>	
<p><b>Malaise de l'intervenante :</b> Souci pour Mme Laferrière lié à la détérioration de la situation, soutien limité, et risques associés à cette détérioration qui entraînerait un hébergement prématuré.</p>	
<p><b>Dilemme éthique ou ce qui pose problème :</b> Le respect de la volonté exprimée de vivre à domicile / la sécurité et la détérioration de l'état de Mme Laferrière.                  À qui se pose le problème? La travailleuse sociale est soucieuse de protéger la dame tout en ayant le devoir de respecter le choix de celle-ci. Mme Laferrière veut demeurer à domicile et ne désire pas l'intrusion de nouveaux acteurs dans son milieu de vie.</p>	
<p><b>Valeurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect de la liberté – autodétermination</li> <li>• Respect des choix et de la volonté – autonomie</li> <li>• Respect des droits de la personne; reconnaissance des besoins citoyens et sociaux de Mme Laferrière</li> <li>• Respect de la politique de soutien à domicile en regard des personnes vulnérables et plus à risque</li> <li>• Souci pour l'autre</li> <li>• Qualité de vie</li> <li>• Désir de protéger</li> </ul>	<p><b>Responsabilités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devoir de protection</li> <li>• Protection des conditions favorables au maintien de la personne dans son milieu de vie pour une inclusion sociale</li> <li>• Protection des conditions favorables à la santé de la personne en diminuant les risques et en prévenant la détérioration</li> <li>• Promouvoir l'autonomie et la qualité de vie</li> <li>• Conformité à ses obligations (crainte de ne pas avoir fait le nécessaire si un incident se produisait)</li> </ul>
<p><b>Dimensions</b></p> <p><b>Dimension biologique</b></p>	<p><b>Délibération éthique individuelle</b></p> <p>Quel est le diagnostic de Mme Laferrière en lien avec les pertes cognitives (historique de la maladie)? Le médecin traitant est-il au courant des détériorations liées aux pertes cognitives? Que connaît Mme Laferrière de son diagnostic et de son pronostic? Quels sont les impacts et les conséquences du diagnostic et du pronostic dans sa vie quotidienne? Quelles sont les détériorations remarquées ces dernières semaines ? Prend-elle sa médication?</p>

<p><b>Dimension identitaire et morale des acteurs</b></p>	<p><b><u>Aidée</u></b></p> <p>Qu'est-ce qui est important pour elle dans la vie quotidienne (valeurs, croyances)? Quelles sont ses volontés? Que savons-nous de son histoire de vie? À quoi occupe-t-elle ses journées? Comment définit-elle ses besoins? Comment vit-elle les limites qu'elle rencontre dans son milieu? Est-ce important pour elle? Si oui, dans quelle mesure? Voit-elle des façons lui permettant de mieux répondre à ses besoins?</p> <p><b><u>Proches :</u></b></p> <p>Qui sont les proches? Que pensent-ils de la situation? Quels sont leurs besoins?</p> <p><b><u>La travailleuse sociale :</u></b></p> <p>Quelles sont les perceptions de l'intervenante? Comment se représente-t-elle la situation? Spontanément, comment agirait-elle? Les demandes des aidées et des proches coïncident-elles avec l'opinion du professionnel? Quelles valeurs sous-tendent les orientations proposées? Quels sont les préjugés entretenus par l'intervenante à l'égard des personnes âgées – et des proches-aidants?</p>
<p><b>Dimension déontologique et juridique</b></p>	<p>La personne est-elle en danger? Quels sont les droits de Mme Laferrière? Quelles lois doivent être prises en compte dans la situation actuelle? Est-ce que les ressources mises en place respectent les lois et les droits de Mme Laferrière? De quelle manière l'intervenante se représente-t-elle ses responsabilités et ses devoirs? Comment s'actualisent-ils concrètement au quotidien? Que prescrit le code de déontologie de la travailleuse sociale face à ce type de situation? À quelles obligations le code de déontologie soumet-il l'intervenante – et à quelle valeur réfère le code? Les valeurs entre le code de déontologie et les valeurs personnelles de l'intervenante diffèrent-elles? Viennent-elles limiter les droits des personnes? Si oui, comment et dans quel but?</p>
<p><b>Dimension organisationnelle</b></p>	<p>Le comité d'allocation la réfère à une entreprise d'économie sociale; le personnel possède-t-il les compétences requises pour soutenir la dame? Quelles pourraient être</p>

les conséquences si on implante de tels services auprès de la personne compte tenu du caractère de la situation? Dans un monde idéal, dans le cadre des services de soutien à domicile, quelles mesures pourraient aider la dame? Quel est l'écart entre ses besoins réels et les services disponibles dans l'organisation? Quel est l'impact de cette décision? Que pense la travailleuse sociale, l'aïdée et les proches de l'orientation prise par l'organisation? Quel est l'écart exprimé, s'il y a lieu, entre les valeurs de l'organisation et ceux des acteurs? Les acteurs expriment-ils un malaise entre les orientations proposées par l'organisation et ce qu'ils souhaiteraient pour elle – comment s'exprime cet écart? Qui décide des services et des mesures de soutien disponibles et sur quels critères sont-ils alloués? Quelle est la structure hiérarchique dans la prise de décision? Comment interpellier le gestionnaire clinique sur la récurrence des situations et le manque de ressources? Que dit le code d'éthique de l'organisation? Au-delà des ressources de l'établissement, existe-t-il d'autres ressources disponibles dans la communauté susceptibles de venir en aide à Mme Laferrière? Quelles actions mettre en place pour répondre à des besoins émergents (réfléchir sur les axes individuel et collectif)? Quelles sont les solutions alternatives pour améliorer ces situations récurrentes et celle de Mme Laferrière? Comment les partenaires pourraient-ils contribuer à la solution de certaines difficultés relatives au manque de ressources?

### **Dimension étatique**

De manière générale, la politique des soins à domicile répond-elle aux besoins des personnes âgées et des proches-aidants? Comment se dessine l'offre de services pour les personnes et les familles au sein des CSSS? Quels écarts perçoit-on entre les objectifs de la politique et son application sur le terrain – difficultés récurrentes? Quelles valeurs les politiques véhiculent-elles envers les personnes âgées? Quelles sont les autres politiques publiques ou mesures de soutien gouvernementales consacrées aux personnes âgées vivant à domicile? Dans quel contexte – situation –

peut-on en faire usage? Quelles limites et contraintes perçoit-on dans ces mesures d'aide? Quels sont les enjeux?

## Dimension sociétale

Quelles sont les représentations véhiculées par la société et nos institutions à l'égard des personnes âgées – attitudes et comportements? Quelles valeurs sociales nourrissent ces représentations à l'égard des personnes âgées? Quels sont les problèmes récurrents vécus par les personnes âgées? De manière générale, quels commentaires les personnes âgées et les proches-aidants formulent-ils à l'égard des services du CSSS? Quelles ressources novatrices et prometteuses ont été développées ailleurs au Québec pour les personnes âgées et les proches-aidants?

\* Nous avons repris ici des éléments du *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*, rédigé par le comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009).

En ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.

## Délibération éthique de groupe

En groupe, au sein d'une équipe interdisciplinaire, la délibération favorise la mise en relation des connaissances, d'un consensus sur des modalités d'action reposant sur des valeurs consenties et une finalité recherchée. Ce travail « en relation », par la diversité des cadres de référence professionnels, se traduit souvent comme un lieu d'affrontements, de connexions et de liens, de sens (Amiguet et Julier, 1996). Le dialogue entre acteurs – aidés, aidants, professionnels – s'inscrit comme un moyen nécessaire pour délibérer, discuter des choix respectifs, les expliquer et les justifier. La délibération en équipe interdisciplinaire, invite, en plus de l'échange d'informations sur les expertises partagées, à un arrimage et à un consensus entourant la prise de décision et le plan d'action. La collaboration, par un dialogue ouvert et habile, permet de construire une décision d'équipe et d'adopter des positions communes, en cohérence (Boisvert, Jutras, Legault, et Marchildon, 2003). Reprenons notre exemple en développant cette fois la délibération de groupe.

Dans un premier temps, la travailleuse sociale expose à ses collègues la situation et

ses démarches auprès du comité d'allocation de services et du gestionnaire. Après avoir clairement campé le problème, elle énonce son nouveau dilemme, puis clarifie les motifs de son intervention. Elle invite ensuite ses collègues à réfléchir à la situation à partir des sept dimensions de la complexité présentées au schéma 1. Comme la délibération individuelle, la délibération de groupe permet aux intervenantes de trouver plusieurs voies d'action possibles. La délibération a fait ressortir des positions différentes; les sensibilités de chacun et le cadre de référence (valeurs et code de déontologie) y jouant pour beaucoup. La situation préoccupait certains acteurs, tandis que d'autres se reposaient davantage sur le statu quo, moins préoccupés par la nécessité de prévenir une éventuelle détérioration. Toutefois, la délibération de groupe a permis aux intervenants du soutien à domicile de prendre conscience des enjeux communs en soulevant, à partir des dimensions déontologiques et organisationnelles, les conséquences du manque de ressources financières et humaines, sur leur travail et sur les personnes dépendantes. En somme, la discussion a soulevé la dimension éthique du travail, l'éthique sociale, et plus spécifiquement les

Tableau 2 : Complexité d'une situation – délibération individuelle\*

**Quelle est la définition du problème?**

La cliente exprime le désir de vivre à domicile et refuse l'ajout d'une intervenante, alors que la travailleuse sociale craint pour sa sécurité et sa qualité de vie.

Le refus du comité d'allocation d'octroyer une aide. L'aspect singulier de la situation n'a pas été pris en compte : détérioration et déficits cognitifs légers qui viennent peut-être influencer son rapport avec le monde extérieur.

**Malaise de l'intervenante :**

- souci pour Mme Laferrière lié à la détérioration de la situation, soutien limité, et risques associés à cette détérioration qui entraînerait un hébergement prématuré;
- souci également des ressources insuffisantes et des impacts sur le travail des intervenants, dimension déontologique, mais également éthique (le sens du travail) et organisationnelle, et sur les personnes dépendantes.

**Dilemme éthique ou ce qui pose problème :** Le respect de la volonté exprimée de vivre à domicile / la sécurité et la détérioration de l'état de Mme Laferrière.

À qui se pose le problème? La travailleuse sociale est soucieuse de protéger la dame tout en ayant le devoir de respecter le choix de celle-ci. Mme Laferrière veut demeurer à domicile et ne désire pas l'intrusion de nouveaux acteurs dans son milieu de vie.

**Motifs de l'intervention :**

Quelle est la motivation d'agir à ce moment-ci?

Quels sont les facteurs de risque pour Mme Laferrière?

Quels sont les responsabilités des intervenantes et les moyens à leur disposition pour répondre au code de déontologie et à ceux donnés par l'institution?

Différents enjeux moraux découlent dans la pratique?

Comment faire pour adresser ces enjeux – à qui et surtout comment?

\* Nous avons repris ici des éléments du *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*, rédigé par le comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009).  
En ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.

responsabilités institutionnelle et gouvernementale à l'égard des plus démunis et une recherche de solutions pour offrir une réponse complémentaire et alternative. Le sens du travail dans un contexte de pénurie de ressources, l'épuisement professionnel et la solidarité ont été des éléments discutés.

L'équipe du maintien à domicile décide alors d'entreprendre une démarche collective en interpellant l'organisateur communautaire du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Pour faire suite aux réflexions de l'équipe, ce dernier décide de solliciter différents organismes du territoire pour rapporter les besoins multipliés des

personnes âgées dans les différentes sphères de la vie courante, dont l'entretien ménager et la préparation de repas. L'organisateur communautaire insiste sur le profil commun des personnes : précarité financière, solitude et isolement.

Les organismes, après avoir délibéré sur les besoins et les ressources du territoire, concluent à la nécessité de développer certains services spécifiques, eux-mêmes conscients de la précarité et des besoins non satisfaits de la population. Les partenaires ont pris certains engagements. Le centre d'action bénévole, responsable de la Popote roulante, développera un service d'entretien ménager léger et sans

frais, pour des demandes ponctuelles sur références professionnelles. Des repas seront également distribués sans frais, sur références professionnelles. Aussi, les traiteurs proposeront des menus plus variés, moins coûteux, avec livraison à domicile vers certains secteurs plus ou moins bien desservis. Considérant ses difficultés à s'organiser et son choix de vivre à domicile, Mme Laferrière pourra bénéficier de repas variés et économiques sans que d'autres intervenants entrent dans son domicile.

Par ailleurs, au-delà de la problématique initiale, les personnes impliquées dans le processus collectif reconnaissent l'importance de l'échange dans le service rendu. On songe alors à créer un organisme basé sur l'échange de services fondé sur l'inclusion, la mixité sociale et les échanges intergénérationnels, tel l'Accorderie<sup>3</sup>. La mise sur pied d'un tel type d'organisme constituerait une voie novatrice vers des solutions créatives, solidaires et participatives.

Elles décident également d'interpeller les autres intervenants (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, auxiliaire familiale et sociale, etc.) du maintien à domicile pour entreprendre une démarche collective, afin de décrier publiquement le peu de services offerts par le CLSC dans le secteur. La discussion soulève la dimension plus collective du problème, soit l'allocation des ressources, qui compromet la mission même du secteur : soutenir l'autonomie des personnes à domicile pour une inclusion sociale. La reconnaissance des besoins sociaux et citoyens est également en jeu par le manque de soutien offert. Est soulevé dans la discussion le déni de reconnaissance des besoins sociaux et citoyens de nombreuses personnes dépendantes (en besoin de soutien) par opposition à la primauté accordée aux préoccupations financières de l'établissement. Comment sortir de cette impasse? D'un commun accord, l'ensemble des membres de l'équipe du maintien à domicile s'entend pour interpeller leur ordre professionnel respectif afin de décrier les effets pervers de l'optimisation des soins et des services compromettant la qualité des interventions auprès des destinataires de l'aide. Une situation qui contrevient au respect des normes professionnelles et au code de déontologie.

### 3.2 Enjeux et renouvellement des pratiques par une éthique solidaire

L'éthique, par son questionnement critique, son caractère réflexif sur les valeurs en jeu, celles des acteurs, des organisations et des politiques publiques, favorise un éclairage sur les logiques en présence et les incohérences, portées et vécues, par les professionnels. Le but est de ne pas porter seul le fardeau des contraintes et de ne pas se laisser enfermer dans cette vision marchande. Il s'agit alors, comme le mentionne Duhme (2005) de nommer les rapports de force, de travailler ensemble et de faire ensemble. Cette posture à double sens favorise une vision élargie et non réductrice des problèmes sociaux, structurels, soutenue par l'éthique qui encourage la démocratie par l'intégration de tous les points de vue (Weinstock, 2009). Ce positionnement exige, lors de la délibération éthique, une reconnaissance mutuelle des rôles et de la contribution de chacun – y compris l'aidé, en lui accordant la légitimité d'être entendu, de l'inclure dans les décisions qui le concerne, souvent exclu des lieux de discussions, de décisions, de planification, voire de l'intervention (Bourgeault, 2003). Cette manière de faire est encouragée, sans vouloir faire une généralité de cette règle. Certaines situations, telles que celle présentée dans l'article, plus ou moins propices à solliciter la présence de l'aidé, demandent l'intervention d'un tiers acteur. Il arrive fréquemment qu'un proche ou qu'une travailleuse sociale soit appelée à représenter les intérêts de la personne, plus ou moins apte à revendiquer ses droits. La présence de l'aidé, que l'on voit souvent accompagné d'un proche, redonne une dimension humaine à l'intervention, en plus de favoriser une cohérence de l'action entre les acteurs. La collaboration, comme l'exigent parfois certaines problématiques complexes, multiplie les possibilités d'actions et d'innovations pour répondre à de nouveaux contextes et prendre à revers les limites imposées par les contraintes budgétaires.

La collaboration interprofessionnelle est porteuse de sens et favorise le renouvellement de la pratique et du politique. Par exemple, le travail social individuel/familial et l'organisation communautaire apparaissent indissociables par

leurs rôles et leurs activités complémentaires en collectivisant les problèmes individuels et en proposant des projets collectifs, novateurs et alternatifs à ceux existants. Les résultats probables : participation, regroupement, conscientisation, implication et solidarité entre citoyens qui deviennent acteurs dans leur milieu respectif. En somme, les échanges favorisent des collaborations, inspirées d'une logique réseau et d'une logique de coopération (Dhume, 2005). La responsabilité partagée et la coopération entre acteurs ouvrent à une pluralité d'interventions, de solutions créatives et variées. Une pratique solidaire constitue une arme offensive contre l'aliénation, le désengagement professionnel et la souffrance éthique<sup>4</sup>. Elle donne sens à la pratique par une cohérence entre les valeurs, le travail réalisé et la finalité recherchée du travail social.

Toutefois, malgré ce désir de collaborations et d'innovations, les valeurs institutionnelles et parfois même professionnelles quant au rôle perçu constituent des contraintes au renouvellement des pratiques et des partenariats. L'univers réglementé et la dynamique au sein des institutions peuvent favoriser le cloisonnement institutionnel et professionnel. Afin d'instaurer une dynamique participative de l'intérieur, un réel travail interdisciplinaire, et de créer de nouvelles alliances de solidarité entre les acteurs, il faut nécessairement promouvoir un dialogue entre ces derniers, y compris les citoyens.

Actuellement, avec les exigences et les orientations données au travail social, certaines valeurs qui constituent les fondements et les horizons de sens de la profession doivent être revisités et réinterprétés dans une lecture contemporaine, suivant les inégalités sociales et économiques persistantes qui s'aggravent. Donnons-nous les moyens de la solidarité, de la justice, d'une vie bonne pour tous, d'une réelle insertion sociale et d'une véritable démocratie. La travailleuse sociale doit, pour occuper et défendre un tel positionnement, posséder une solide identité professionnelle, un engagement social, une rigueur intellectuelle et méthodologique. Elle doit s'inscrire comme un acteur avec sa propre logique d'action faisant valoir son identité, ses valeurs et son autonomie professionnelle. La guerre contre les chiffres ne

peut se faire qu'en possédant une forte expertise pour asseoir la crédibilité professionnelle.

## Conclusion

La transformation des contextes de pratique pose un défi considérable au travail social. Les contraintes reliées au nouveau management public rendent difficile le projet du travail social. Ces exigences s'ajoutent à une pratique déjà fort complexe provoquée par une société en mouvance, des programmes sociaux de plus en plus restrictifs et une privatisation accrue des services. Les contextes dans lesquels se déroule la pratique limitent les échanges et les longues délibérations. Toutefois, dans le feu de l'action, sur le terrain, pour saisir les dynamiques et les enjeux qui en découlent, le développement d'un habitus réflexif apparaît une condition essentielle. D'autant plus que la pratique clinique est souvent spontanée, d'où l'importance d'un habitus réflexif : « il s'agit de mener une **approche critique de la pratique**, mais encore de laisser ce travail de la critique, en retour, **interroger l'action et de proposer de nouvelles orientations pour l'action**. L'enjeu est que ce retour interagisse avec la pratique de manière suffisamment "intime" pour que les pratiques spontanées en soient transformées » (Cadoré, 2003 : 2).

Actuellement, les valeurs véhiculées par les logiques en place, tant par l'État que par les organisations du réseau public, qui conditionnent et encadrent en quelque sorte la pratique du travail social, ébranlent les logiques mêmes de la profession. Or, l'éthique, dans cette ère de quantification et de données probantes, peut apporter cet éclairage supplémentaire et nécessaire, et servir de repères au concept de qualité qui entoure la pratique du travail social et la conduite professionnelle. L'éthique doit être conçue dans l'idée et la perspective « d'un instrument démocratique de production de connaissances sur l'action, comme un espace démocratique de débat sur les valeurs, comme un instrument de légitimation de l'intervention... » (Janvier, 2007 : 152).

Face à la transformation de la pratique et à la crise des valeurs qu'elle engendre chez les intervenants sociaux, à cette recherche de sens, à ces logiques contradictoires, l'éthique permet de redonner une place aux valeurs et au sens

dans le travail social, de pouvoir mettre à contribution ses connaissances et ses habiletés. Les défis du travail social sont grands. La profession demeure pertinente et actuelle pour débattre des enjeux sociaux. Il faut toutefois qu'elle se donne les moyens de se renouveler sur les plans intellectuel, pratique et politique. Les travailleuses sociales sont appelées à se mobiliser, à investir des lieux de solidarité qui leur permettront de se solidariser à d'autres et de sortir de certaines impasses vécues individuellement, mais qui sont en fait des enjeux collectifs. Une pratique de résistance nécessaire? Comme le propose Giroux (2006 : 8 cité par Singh et Cowden, 2009 : 492), « dans un contexte "néo-libéral mondialisé" », nous aurons à nous réunir pour créer des mouvements de résistance, de nouvelles cultures publiques pour le développement collectif »<sup>5</sup>. Déjà, certains groupes<sup>6-7</sup> et chercheurs<sup>8</sup> dénoncent, revendiquent et proposent des alternatives. On voit émerger différentes formes de solidarité à travers le monde, et le travail social fait partie de ce maillon par les valeurs et les contributions apportées jusqu'à ce jour. L'éthique, la délibération individuelle et de groupe, permet d'affronter les grands défis du travail social contemporain. La réflexivité qu'impose l'éthique incite les travailleuses sociales à cerner les véritables enjeux sociaux et à en débattre. Elle ouvre la voie à une solidarité, à une communauté de pratique, à l'entraide.

#### Descripteurs :

Travailleurs sociaux - Déontologie // Services sociaux - Québec (Province) // Service social - Aspect moral

Social workers - Professional ethics // Human services - Quebec (Province) // Social services - Moral and ethical aspects

#### Notes

- 1 Nous proposons, comme cadre théorique discursif, de référer aux sept dimensions proposées au schéma 1.
- 2 Le modèle de l'OPTSQ est une adaptation concrète du modèle de Legault (1999) à la pratique professionnelle des travailleurs sociaux.
- 3 L'Accorderie est un système d'échange de services entre individus. Ce système permet aux membres (les AccordeurEs) de s'échanger des services de toutes sortes, sous le signe de l'entraide et de la coopération. Voir le lien suivant : [http://www.dailymotion.com/video/x9hr4f\\_1-accorderie\\_lifestyle](http://www.dailymotion.com/video/x9hr4f_1-accorderie_lifestyle).
- 4 La souffrance éthique est définie comme une « souffrance éprouvée par une personne lorsque son travail lui impose de commettre des actes qu'elle réprouve moralement » (Dejours, 2006 : 132-133).
- 5 Notre traduction.
- 6 Le Récif : Regroupement, Échanges, Concertation des Intervenantes et des Formatrices en Social. <http://labossedusocial.wordpress.com/2011/05/31/manifeste-du-recifs-regroupement-echanges-concertation-des-intervenantes-et-des-formatrices-en-social/>.
- 7 Solidarité-Santé, section services sociaux.
- 8 La récente recherche de Soares, « La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN, et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord. La santé malade de la gestion » dénonce les conditions de travail actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux et les conséquences pour les travailleurs.

#### Références

- Amiguet, O., et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social : Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Lausanne : Éditions EESP.
- Beauséjour, D. (2002). L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique, *Intervention*, 117, 35-43.
- Bergeron, P., et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations, dans Lemieux et al. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* : 7-33. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Boisvert, Y., Jutras, M., Legault, G. A., et Marchildon, A. (avec la collaboration de Louis Côté) (2003). *Petit manuel d'éthique appliquée*. Liber.
- Bossé, P.-L., Morin, P., et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable, *Santé mentale au Québec*, 31 (1), 47-63.

- Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche de sens*. Paris : Dunod.
- Bourque, D. (2009a). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec, dans *Colloque européen (CEFUTS). Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*. Université Toulouse 2, 2009, Cahiers de recherche 0907, Chaire de recherche du Canada. Consulté en ligne le 30 octobre 2010 : <http://www4.uqo.ca/croc/Fichiers/Cahier0907Final.pdf>.
- Bourque, D. (2009b). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement? À quelles conditions?, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16, (2), 92-105.
- Cadoré, B. (2003). *Correspondance 1*. Document inédit.
- Chénard, J., et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité, *Intervention*, 136, 18-29.
- Comité d'éthique clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (2009). *Guide pour animer une démarche de réflexion éthique en situation clinique*. Consulté en ligne le 4 février 2012 : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/soins-et-services/Guide-reflexion-ethique.pdf>.
- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail, *Actuel Marx*, 1 (39), 3-144.
- Diet, E. (2003). L'homme procédural. De la perversion sociale à la désobjectivation aliénante, *Connexions*, 79, 11 à 28.
- Duhamel, A., et Mouelhi, N. (avec la collaboration de S. Charles). (2001). *Éthique, Histoire, Politique*. Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dhume, F. (2005). *Le travail social en réseau : de l'injonction gestionnaire vers une pratique intermédiaire*. Consulté en ligne le 22 octobre 2012 : [http://innovationinsertion.hautefort.com/list/ils\\_echivent\\_sur\\_les\\_ml\\_1\\_insertion\\_et\\_les\\_les\\_jeunes/FDreseau.pdf](http://innovationinsertion.hautefort.com/list/ils_echivent_sur_les_ml_1_insertion_et_les_les_jeunes/FDreseau.pdf).
- Faya, J. (2007). La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés, *dossiers de la MIRE*, 7-22. Consulté en ligne le 11 janvier 2011 : [http://www.mrie.org/docs\\_transfert/publications/DossierSant%C3%A9Insertion2007.pdf](http://www.mrie.org/docs_transfert/publications/DossierSant%C3%A9Insertion2007.pdf).
- Hurst (2001). Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme ». La souffrance des soignants face au dilemme moral, *INFOKara*, 64, 27-31.
- Janvier, R. (2007). L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans Bouquet, B., M. Jaeger et I. Sainsaulieu (dir), *Les défis de l'évaluation* : 133-152. Paris : Dunod.
- Legault, G. (1999). *Enjeux de l'éthique et pratique professionnelle*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, coll. Éthique.
- Meagher, G., et Parton, N. (2004). Modernising Social Work and the Ethics of Care, *Social Work & Society*, 2 (1), 10-27.
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe, *Travail et Emploi*, 97, 79-91.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (2007). *Guide de délibération éthique*. Montréal : OPTSQ.
- Parazelli, M., et Dessurault, S. (2010). Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité, *Les politiques sociales*, 1 et 2, 13-26.
- Patenaude, J. (2002). Pour une compétence dialogique, *Intervention*, 117, 66-76.
- Rapin, A. (1997). Entretien avec Edgar Morin. *Label France*, no 28. Consulté en ligne le [http://www.diplomatie.gouv.fr/label\\_france/FRANCE/IDEES/MORIN/morin.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/label_france/FRANCE/IDEES/MORIN/morin.html).
- Richard, S. (2008). La délibération éthique chez les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au "gros bon sens" et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle, *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 14 (1), 200-217.
- Singh, G., & Cowden, S. (2009). The social worker as intellectual, *European Journal of Social Work*, 12 (4), 479-493.
- Verrier, E. (2009). *La réflexivité au service d'une éthique professionnelle dans les formations en travail social*. Consulté en ligne le 4 février 2013 : [www.aifris.org/IMG/pdf/VERRIER-Evelyne-1.4.pdf](http://www.aifris.org/IMG/pdf/VERRIER-Evelyne-1.4.pdf).
- Vézina, M., et Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant, *Travailler*, 1 (25), 119-128.
- Weinstock, D. (2009). Peut-on se passer de l'éthique?, *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 4 (3), 5-6.
- Weinberg, M. (2009). Moral Distress: A Missing but Relevant Concept for Ethics in Social Work, *Revue canadienne de service social*, 26 (2), 139-151.

# L'action communautaire en Haïti : enjeux et perspectives

par  
*Thierry Casséus*, étudiant à la maîtrise en  
service social  
Université de Montréal  
Courriel : [thierry.casseus@umontreal.ca](mailto:thierry.casseus@umontreal.ca)  
*Félix Payen*, étudiant à la maîtrise en  
service social  
Université de Montréal

Définition de l'action communautaire. Moments historiques-clés du développement communautaire en Haïti et description brève de trois expériences locales.

Definition of community organization. Key moments in the history of community development in Haiti, and brief description of three local organizations. Limits and challenges of community organization.

La société haïtienne est le produit d'une collaboration orchestrée par des leaders aguerris qui ont su mettre en place des stratégies appropriées en vue de trouver des solutions collectives à une situation historiquement marquée par la servitude et la discrimination. D'abord peuplée par des Arawaks qui y avaient immigré en provenance du continent sud-américain, la partie occidentale de l'île d'Haïti connut, à partir de 1492, des vagues de peuplement de colonisateurs espagnols, puis français et anglais, pendant que les autochtones, décimés par les envahisseurs espagnols, furent remplacés par des Africains utilisés comme esclaves dans les mines d'or et les plantations. À la suite des luttes révolutionnaires menées collectivement contre Français, Anglais et Espagnols de 1791 à 1803 par les anciens esclaves et les

mulâtres, mais aussi par des soldats polonais et des Allemands (qui, venus avec l'armée française, décidèrent de rallier le rang des insurgés), a surgi une nouvelle société empreinte d'une culture métissée, de liens sociaux et d'une dynamique particuliers fondés sur la volonté de vivre libre ou de mourir.

De ce point de vue, nous considérons que l'action des citoyens et des citoyennes autour d'enjeux importants est une réalité familière au milieu social haïtien. Au fil du temps, il est certain que les formes de collaboration communautaire se sont transformées; mais on ne peut nier leurs contributions au façonnement de l'existence individuelle et collective des populations en Haïti tant dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains.

Cet article vise à porter un regard sur l'action communautaire en Haïti en retraçant les moments-clés et en mettant l'accent sur ses contributions au développement d'Haïti. Il propose également une réflexion sur les limites et les enjeux de l'action communautaire en vue d'ouvrir la voie à de nouvelles perspectives pour le travail social en Haïti.

## 1. La notion d'action communautaire : repères théoriques

L'action communautaire est définie par Lamoureux et al. comme « toute initiative issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique locale, régionale, nationale; d'intérêts; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun » (2002 : 4). Pilon (1991) considère que l'action communautaire fait référence aux interventions collectives qui s'appuient sur une mobilisation des ressources, des collectivités et des individus et poursuit des objectifs de prise en charge de la population par elle-même. En ce sens, l'action communautaire peut être appréhendée comme un processus par lequel un groupe, formé sur la base d'une appartenance géographique identitaire ou d'intérêt,

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 72-82.

s'organise pour trouver des solutions à des situations qu'il juge problématiques. Mais l'action communautaire peut aussi se comprendre comme une pratique professionnelle d'intervenants œuvrant dans des associations ou des organismes communautaires. En ce sens, elle s'apparente au Québec à une conception de l'intervention communautaire qui englobe à la fois l'intervention dans les organismes communautaires et l'intervention avec ou sur des communautés (Ninacs, 2008). Elle est également synonyme, en service social, d'organisation communautaire (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007). Rappelons également que des organismes communautaires peuvent aussi utiliser une approche de soutien individuel et de groupe. Le cadre explicatif le mieux connu de l'organisation communautaire est celui de Jack Rothman qui distingue trois modèles d'intervention. Élaborée en 1968, cette typologie met en exergue trois stratégies d'organisation communautaire relativement distinctes, soit le développement local (de type communautaire), l'action sociale et le planning social (Doucet et Favreau, 1991; Ninacs, 2008; Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007; Gamble et Weil, 2009). Rothman a proposé une définition succincte de chacune des trois stratégies d'organisation communautaire et en a dégagé les principales caractéristiques :

- Le modèle de développement local met l'accent sur un processus de développement des compétences de la communauté locale dans la résolution de ses problèmes actuels et futurs;
- Le modèle de planning social repose davantage sur un processus rationnel de résolution des problèmes sociaux avec une participation moindre des personnes concernées;
- Le modèle d'action sociale cherche à provoquer des changements fondamentaux dans la société à travers des actions de contestation sur fond de luttes sociales (Rothman, 1995; Duperré, 2007).

Il faut souligner que d'autres typologies existent aussi, par exemple les quatre grandes orientations normatives des pratiques communautaires de Gérald Doré (1985), les six stratégies de *community change* de Barry Checkoway (1995), les huit modèles d'initiative communau-

taire de Gamble et Weil (2009) et les quatre approches de Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette (2007). À la suite de Ninacs (2008), nous estimons que la diffusion depuis une vingtaine d'années de la conceptualisation de Rothman a permis qu'elle soit largement connue aujourd'hui et c'est ce qui justifie qu'il en soit plus fait mention ici.

## 2. Regard sur l'action communautaire en Haïti

L'action communautaire en Haïti a émergé au sein d'un univers donné fait de contraintes majeures et d'opportunités déterminées. Nous nous proposons de relever quelques moments-clés ainsi que des formes de stratégies de l'action communautaire qui ont façonné le paysage social haïtien de l'indépendance à nos jours.

### a. Moments-clés de l'action communautaire haïtienne

Au lendemain de l'indépendance (1804), on a assisté dans le monde rural haïtien au développement de formes de solidarité et d'entraide diverses telles que les « konbit » et les « eskwad ». Appelé encore « corvée », le konbit est un travail agricole collectif réunissant 40 à 50 personnes qui contribuent gratuitement au travail sur l'exploitation paysanne et qui sont gratifiées d'un repas plus copieux qu'à l'ordinaire et arrosé de *clairin*. L'escouade est formée d'une dizaine de cultivateurs qui s'engagent à travailler gratuitement sur les terres de chacun des membres de l'association. Ils peuvent également vendre leur force de travail à des cultivateurs extérieurs à leur groupe. Ces formes de travail collectif, qui ont généralement lieu sur des parcelles individuelles de petites ou moyennes dimensions obtenues à la suite des morcellements successifs de la grande propriété coloniale, sont inspirées des formes de solidarité ayant existé entre les esclaves durant la période coloniale (Bernadin, 1993; Samedy, 1996). Elles permettent aux petits paysans de cultiver leur lopin de terre afin d'assurer la survie de leur famille (Louis-Juste, 2004; Bellande et Jean-Luc, 1993).

Par ailleurs, à côté de ces formes de solidarité, des paysans haïtiens ont revendiqué tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle leur droit à la terre et leur intégration à la gouvernance régionale ou nationale à travers divers mouvements

sociopolitiques. En effet, l'aristocratie, formée majoritairement après l'indépendance de généraux noirs et mulâtres et qui se considérait comme héritière de la succession coloniale, avait mis en place des politiques agraires légitimées entre autres par le code rural de Boyer, en 1826, en vue de forcer la petite paysannerie à travailler sur les grandes plantations. Mais les paysans, qui voulaient accéder à la propriété individuelle, surtout vivrière, organisèrent de fréquentes révoltes. On peut citer, par exemple, le soulèvement de paysans de la région sud du pays sous le commandement de Goman, qui arriva à mettre en place durant treize ans (1807-1822) un mode autarcique d'organisation individuelle et collective (Hector et Casimir, 2004).

On peut aussi mentionner les luttes de revendications terriennes, puis les luttes sociales et politiques menées par les « piquets » et par les « cacos ». Les piquets (1843-1848) étaient des cultivateurs du sud du pays qui revendiquaient la sécurité des personnes et des biens, des prix et des salaires justes, l'extension de l'instruction aux couches défavorisées; leur combat visait aussi à renverser la domination des élites mulâtres de la région. Dans leur volonté d'influencer l'exercice du pouvoir, ils ont occupé par la force des armes la province du sud, ce qui a obligé le pouvoir central à effectuer une redistribution des postes de direction en leur faveur. De leur côté, les cacos étaient des cultivateurs appartenant en majorité à la petite paysannerie du nord-est du pays, mais au sein de laquelle on retrouvait également certains leaders issus des grands propriétaires fonciers ainsi que des éléments des milieux propriétaires urbains. Ce mouvement dont l'objectif était de lutter « pour le triomphe définitif de la démocratie par l'abolition de toutes les inégalités politiques, économiques et sociales » (Hector et Casimir 2004 : 46) permit en 1915 l'accession à la présidence d'un chef caco, Davilmar Théodore, puis contribua à l'organisation d'une résistance armée avec Charlemagne Péralte contre l'occupation américaine d'Haïti durant la même année (Samedy, 1996).

Caractérisée entre autres par l'imposition de la convention haïtiano-américaine qui légalisait l'occupation (1915), le rétablissement de la

corvée pour les travaux publics, le massacre de plus de 2 000 guérilleros cacos ainsi que l'assassinat des paysans de Marchaterre (1929), l'occupation américaine a suscité des formes diverses de stratégies d'action sociale. Des intellectuels de renom parmi lesquels Jean Price Mars, Jolibois Fils et Jacques Roumain ont été à la tête d'activités de sensibilisation de la population à travers des scènes théâtrales, des écrits (éditoriaux, pamphlets), cependant qu'écoliers et étudiants de Port-au-Prince et des villes de province ainsi que des membres de la Ligue internationale des femmes pour la paix et la liberté (branche Haïti) organisaient différentes manifestations de protestation. Ces mouvements citoyens ont été déterminants dans la décision des *marines* américains de quitter le pays le 21 août 1934 (Etienne, 2007; Péan, 2010; Claude-Narcisse et Pierre-Richard, 1997).

La Ligue féminine d'action sociale, qui naît dans cette conjoncture (3 mars 1934), entreprendra toute une série d'activités : « sensibilisation et éducation civique de la femme, cours du soir pour les ouvrières des quartiers populaires, caisse coopérative populaire, conférences à travers le pays, création de bibliothèques pour les membres, ouverture d'un foyer ouvrier, pétitions aux instances concernées pour l'augmentation du nombre des écoles de filles, création de lycées féminins et réclamation d'un salaire égal pour un travail égal » (Claude-Narcisse et Pierre-Richard, 1997, en ligne). Grâce à ses différentes actions, la Ligue obtiendra en 1950 le droit de vote, l'éligibilité des femmes à tous les postes électifs et sera à la base de l'élection de huit femmes dans les mairies en 1955 (Moïse, 1997).

Deux ans plus tard, à la suite d'une campagne électorale violente et d'une élection truquée, François Duvalier accéda à la présidence, pouvoir qu'il entendait conserver indéfiniment en se faisant nommer président à vie en 1964; à sa mort en 1971, son fils Jean-Claude (surnommé Baby Doc) lui succéda. Dans la mouvance de la lutte contre la dictature des Duvalier se développèrent à la fin des années 1970, dans les quartiers populaires urbains et dans les campagnes, les *Ti Komite Legliz* (TKL pour petite communauté ecclésiale ou communauté ecclésiale de base) qui, inspirés de la théologie de la libération, servirent

tant à la consolidation d'une vie communautaire que de courroie de transmission des revendications populaires contre la dictature, l'exclusion sociale, la tutelle étrangère et la corruption (Midy, 1991). La plupart de ces comités de base furent formés de jeunes et d'intellectuels engagés, sous la gouverne de l'Église catholique traversée à cette période par la théologie de la libération. Blot (2005) indique qu'il s'agissait de groupes où l'on pouvait connaître le nom et l'histoire de chaque membre et avec qui on partageait le sens de la vie communautaire.

La démarche des TKL consistait à provoquer des discussions autour de leur réalité quotidienne et à l'intégrer dans une vision nationale. Cela correspond à la logique du *Voir, juger, agir* inventée dans les années 1930 par l'Action catholique et dont la description est la suivante : dans un échange auquel tous les membres participent, on partage sur les différents événements et problèmes qui concernent la vie dans les familles et dans la communauté (*Voir*); le groupe TKL choisit un ou deux problèmes, en essayant de comprendre leurs causes profondes et de trouver les moyens de les résoudre (*Juger*) et enfin le groupe choisit les problèmes susceptibles d'être résolus à court ou à moyen terme (*Agir*). Selon Joint, « cette démarche consiste à éveiller chez les participants la conscience critique, le sens de l'organisation et à les aider à prendre des initiatives pour résoudre eux-mêmes leurs problèmes » (1996 : 121). Malgré la répression militaire omniprésente à l'époque (en 1984, 200 animateurs communautaires et membres de TKL sont arrêtés), les comités de base vont jouer un rôle important dans le mouvement populaire qui a mené à la chute de Jean-Claude Duvalier en 1986 : ils feront partie des groupes populaires urbains qui lanceront à partir de 1984 un mouvement de revendication contre la misère et la dictature à partir du quartier Raboteau aux Gonaïves (troisième ville du pays et chef-lieu du département de l'Artibonite), mouvement qui s'étendra au reste du pays et fera s'effondrer le régime *duvalérien* (Etienne, 2007; Blot, 2005). Bien-Aimé (1991) signale d'ailleurs que c'est la première fois que des secteurs populaires citadins agissent sur la base de leurs propres difficultés.

Ce vaste mouvement populaire a suscité l'écllosion d'un nombre important d'associations, de groupes de jeunes, de comités de quartier, de groupes de défense et de pression, de syndicats de tendances idéologiques variées, d'associations de patrons, d'associations de paysans qui, pour l'essentiel, manifestaient un désir d'implication dans la vie politique du pays. Deux auteurs ont analysé l'émergence et l'évolution de ces organisations populaires et de leur lutte pour l'instauration de la démocratie par ordre chronologique. Si Joint (1996) situe l'écllosion de ces organisations de 1981 à 1986 au sein de l'Église catholique, Brutus (2009) la situe plutôt de 1986 à 1991. Nous nous rangeons au premier avis et soutenons avec Joint que « de 1981 à 1986, les organisations populaires n'étaient pas visibles dans la société. Souvent, c'est à partir des activités de l'Église qu'elles ont pris naissance. Ou bien elles devaient s'appuyer sur les activités de l'Église pour pouvoir exister contre la répression » (1996 : 67). Trois grandes périodes peuvent ainsi être distinguées dans la lutte de ces organisations populaires pour l'instauration de la démocratie. La première période (1986-1991), marquée par le souci de contrecarrer les tentatives de restauration du duvaliérisme, s'est exprimée dans l'espace public par des revendications de justice, de droits politiques, économiques et sociaux, notamment la liberté de penser et d'expression, l'accès à l'éducation, l'amélioration des conditions de vie, l'emploi et l'accès à des soins de santé adéquats pour tous. Dans les campagnes, les paysans ont saisi l'occasion pour enclencher un vaste mouvement afin d'exiger, entre autres, des mesures pour contrecarrer la vie chère, la réalisation d'une réforme agraire, la réglementation des prix des denrées, la construction et la réfection des routes (Brutus, 2009). Comme le précise Joint, cette étape « est caractérisée par l'autonomie de certaines organisations populaires qui vivaient à l'ombre de l'Église » (1996 : 69). Cette période culminera avec l'élection démocratique, le 16 décembre 1990, du père Jean-Bertrand Aristide, figure symbolique de ce mouvement populaire multiforme.

La deuxième période (1991-1994) verra le retrait visible des organisations populaires déjà constituées sur la scène publique. En effet, le coup d'État militaire de 1991 contre le prêtre-président démocratiquement élu allait porter

un coup fatal aux organisations et aux masses populaires puisque les militaires ont orchestré une répression contre la population et les dirigeants des organisations populaires tant dans les villes que dans les campagnes. L'analyse que Brutus porte sur cette période témoigne des difficultés auxquelles ont fait face les organisations populaires :

« Jointe à l'embargo commercial imposé par la communauté internationale, cette campagne répressive a endommagé la capacité de résistance des organisations populaires, freiné l'élan du peuple qui se croyait capable de se donner le gouvernement de son choix et signé une phase d'achèvement de la décomposition de l'État prédateur sans pour autant atteindre la motivation du peuple à la défense de ses choix » (2009 : 30-31).

La troisième période va de 1995 à 2010. En effet, plusieurs organisations réprimées par le régime militaire responsable du coup d'État se reconstituent peu après le retour de Jean-Bertrand Aristide d'exil, et d'autres prennent naissance. Cette période est cependant caractérisée par deux tendances : la première correspond au cas des leaders d'organisations qui intègrent le pouvoir à la recherche d'un poste dans l'administration publique pour, ensuite, réduire leurs activités communautaires et participer à la défense du pouvoir en place. La deuxième tendance est le fait, pour certains individus, de créer des organisations afin de bénéficier d'un visa auprès de l'ambassade américaine ou du financement auprès des ONG locales. Cette tendance fait suite, d'une part, à la stratégie mise en place par les États-Unis d'offrir à plusieurs dirigeants d'organisation populaire des visas de résidence durant la répression liée au coup d'État militaire et, d'autre part, à une nouvelle approche de l'aide internationale mise en œuvre par les bailleurs de fonds (Brutus, 2009; Étienne, 1997).

En effet, à partir de la fin des années 1970, les grands bailleurs de fonds, particulièrement les États-Unis d'Amérique, changent de politique à l'égard d'Haïti en ce qui a trait aux modalités d'octroi de l'aide internationale. Le financement de l'aide au développement se fait essentiellement directement par les organisations non gouvernementales (ONG). Ces dernières voient leur pouvoir de négociation augmenter considérablement au détriment de celui de

l'État (Étienne, 1997). Avec ce processus de multiplication des ONG émergent une série d'organisations religieuses qui font du « développement communautaire un instrument de lutte contre le sous-développement » (Étienne, 1997 : 166). L'aide directe aux ONG est basée sur l'idée qu'un îlot de développement permet de lutter contre le sous-développement. De ce fait, de petits projets répondant au besoin d'une localité donnée ont été financés. Cette forme d'aide s'est d'ailleurs généralisée à partir de la fin des années 1980.

L'aide au développement versée directement aux ONG repose donc sur la promotion de structures organisées au sein des populations cibles comme condition d'octroi de financement : organisation de femmes, groupes de paysans, organisations de quartier, organisation d'entraide communautaire, organisation de jeunes, etc. Étienne (1997 : 191) évoque les organisations de quartier ou les organisations communautaires de base en ces termes : « Ces organisations que l'on rencontre généralement au niveau des zones marginalisées du pays et surtout dans les immenses bidonvilles de la capitale et des villes de province bénéficient des services de nombreux ONG dans les domaines de l'éducation formelle et non formelle, de la santé et du logement ».

La multiplication des associations de quartier s'est maintenue au fil du temps sous des formes différentes : club de football, groupes sociocommunautaires, associations culturelles, organisations pour l'amélioration des conditions de vie. La tendance actuelle consiste en une implication croissante de ces associations dans la gestion directe des services publics (ex. : distribution du courant électrique et d'eau potable) qui, autrefois, étaient gérés par les autorités publiques (Mathon, 2005; Goulet, 2006). Ainsi, moins d'un an après le séisme du 12 janvier 2010, le nombre d'associations dûment enregistrées aux archives du ministère des Affaires sociales et du Travail (MAST) était d'environ 6 000 (Schuller, 2010).

#### **a. Action communautaire : entre tradition et modernité**

Nous venons de voir que l'action communautaire connaît, de l'indépendance à aujourd'hui, diverses formes d'organisation : elle va des

systèmes de solidarité qu'on retrouve dans le monde rural à des structures qui s'apparentent aux trois modèles de Rothman. Certains auteurs comme Veles (cité par Elie, 2010) distinguent les anciennes organisations communautaires (dites traditionnelles) des nouvelles formes (dites modernes). Les tenants de cette dichotomie comparent les organisations traditionnelles aux anciennes formes d'organisations de travail, surtout dans le milieu rural, telles que les *konbit* et les *eskwad*. À leur avis, ces derniers n'ont pas de visée de développement ou de transformation sociale, mais assurent la survie des membres du groupe. Au contraire, les organisations dites modernes, apparues dans les années 1950 et qui ont proliféré dans le contexte du changement de paradigme de développement de la fin des années 1970 sous l'instigation des ONG sont présentées comme des organisations démocratiques et porteuses de développement.

Se démarquant de cette dichotomie, Laguerre (cité par Elie, 2010) soutient de son côté qu'en raison de leur ancrage, les organisations qu'on appelle « traditionnelles » ont la potentialité de développer les communautés sans avoir recours aux institutions étrangères ou aux experts. Elles seraient des associations endogènes ayant un ancrage dans la communauté tandis que les associations dites modernes, très dominantes ces derniers temps, sont issues de la coopération internationale et nécessitent un travail d'animation pour leur implantation et leur fonctionnement. Aussi bénéficient-elles, pour leur fonctionnement, d'activités de formation et d'animation de la part des ONG, de l'État ou de professionnels qui n'appartiennent ni à la paysannerie ni aux couches populaires. Abondant dans le même sens, Élie (2010) considère les associations qu'on appelle « traditionnelles » comme étant des associations qui naissent d'initiatives paysannes, fonctionnent à partir de leurs savoirs et de leurs moyens tout en ayant des potentialités énormes.

Par ailleurs, Elie (2010) propose d'appréhender la question de la modernité autrement. Selon lui, modernité peut vouloir dire que les associations « modernes » incitent leurs membres à réfléchir sur leur situation, à développer leur sens critique et à prendre leur destinée en main. Or, dans ces associations dites modernes, les

membres ne sont pas toujours conscients de ce qu'ils partagent en commun. De ce point de vue, en invitant leurs membres à prendre conscience de leur situation et en entamant des actions en vue d'un changement social et politique, certaines organisations dites traditionnelles se révéleraient plus modernes que celles dites « modernes ». En ce sens, la question de la modernité ne devrait pas être analysée selon le type d'organismes, mais plutôt selon la contribution à un changement véritable dans les structures sociales.

#### **a. Action communautaire et contribution au changement des collectivités locales**

En nous appuyant sur la perspective de la modernité telle que mise en exergue par Elie (2010), nous nous proposons de présenter trois organisations locales qui contribuent à leur manière à un changement des communautés locales et des structures sociales.

- **Le modèle de développement endogène de Coude à coude pour le développement de la Vallée de Jacmel (CODEVA)**

C'est une organisation communautaire mise sur pied vers la fin des années 1970 par un groupe de citoyens de la commune de la Vallée de Jacmel (département du Sud-Est) en vue de permettre aux habitants de cette région de bénéficier d'un minimum de services sociaux de base. Leurs activités sont financées par la cotisation des Valléens et Valléennes émigrés en Amérique du Nord et en Europe.

CODEVA a à son actif beaucoup de réalisations : cinq écoles, un centre hospitalier, des tronçons de route. Il appuie par ailleurs certains groupes de paysans en production agricole. En raison de son approche participative et du partenariat établi avec les autres acteurs communautaires, il codirige deux écoles avec des sœurs et des frères de l'instruction chrétienne, deux avec le ministère de l'Éducation nationale et une autre avec l'Église catholique. Il assure également la codirection du seul centre hospitalier de la commune avec l'ONG Plan Haïti.

CODEVA mise davantage sur les ressources issues de sa communauté que sur les ressources externes. Cela ne veut pas dire qu'il ne reçoit pas de financement de la part d'organismes internationaux, mais il possède une marge de

manœuvre dans ses négociations avec ces organismes et l'orientation de ses interventions (source : [www.haitiahdh.org](http://www.haitiahdh.org)).

#### • **L'approche écotouristique de l'Association des paysans de Vallue (APV)**

Il s'agit d'un regroupement d'associations de paysans de Vallue, commune de Petit-Gôave (département des Nippes). Conscients des multiples problèmes auxquels leur communauté natale fait face, deux jeunes universitaires, Abner Septembre et Yvon Faustin, ont décidé de mettre sur pied une association à la fin des années 1980 en vue de permettre aux paysans d'accroître leur production et de développer leur communauté. Ainsi ont-ils développé un modèle écotouristique leur permettant de mettre en valeur les ressources internes de leur communauté et d'offrir des services sociaux de base.

Leur première initiative a été le lancement d'une campagne d'alphabétisation des adultes avec des centres établis au milieu des fermes et d'une radio communautaire. Ne se limitant pas à l'alphabétisation des adultes, l'APV a construit quelques écoles pour permettre aux enfants de cette communauté de bénéficier du pain de l'instruction. Elle offre également aux jeunes des cours sur l'entrepreneuriat et la création d'entreprises.

Par ailleurs, l'association a développé une approche écotouristique basée sur la valorisation de lieux dignes d'intérêt (les grottes et autres sites boisés), la construction d'un hôtel pour recevoir des touristes et de certains tronçons de route pour faciliter l'accès à la communauté, la mise sur pied d'ateliers de transformation de fruits et la vente des produits sur tout le territoire national. Grâce à cette approche d'économie sociale, Vallue est devenue l'une des destinations privilégiées du tourisme local et les fonds générés permettent de financer des programmes visant l'offre des services sociaux de base (Develtere et Fonteneau, 2004).

#### • **L'approche sociopolitique et alternative de la PAPDA**

La Plateforme Haïtienne de Plaidoyer pour un Développement Alternatif (PAPDA) entend promouvoir un modèle de développement

alternatif, soit un développement plus humain qui considère et priorise l'homme dans toutes ses dimensions à l'opposé des approches priorisant l'économie et non l'humain. Elle regroupe en son sein six organisations et compte comme partenaires une quarantaine d'organisations locales et internationales.

La PAPDA accompagne les citoyens non seulement en leur offrant un soutien technique dans le domaine agricole, mais elle les encadre également dans leur lutte contre l'exclusion sociale et la marginalisation. C'est ainsi qu'elle réalise des activités de sensibilisation, de mobilisation et des ateliers de réflexion autour de problématiques cruciales pour le devenir des communautés locales et de la nation en général. Elle aiguise ainsi la conscience de la population haïtienne afin que celle-ci organise des actions de contestation quand ses intérêts ne sont pas pris en compte par l'État haïtien ou par les institutions internationales.

La forte mobilisation en 2009 des paysans haïtiens contre le projet de culture du jatropha en est un bon exemple. L'État haïtien a dû faire marche arrière face aux mouvements de contestation qui dénonçaient l'implantation à des fins énergétiques de cette plante qui menaçait la production agricole (source : [www.papda.org/article.php?id\\_article=582&var\\_recherche=jatr](http://www.papda.org/article.php?id_article=582&var_recherche=jatr) opha).

Ces trois organismes témoignent que l'action communautaire peut contribuer à notre époque au développement endogène des communautés locales et à la lutte contre la marginalisation et l'exclusion sociale, au développement de la conscience critique et du pouvoir d'agir de la population. Mais ces exemples ne doivent pas occulter le fait qu'il existe des limites et des enjeux associés à l'action communautaire en Haïti. Examinons-en les principaux.

#### **b. Limites et enjeux de l'action communautaire en Haïti**

Les limites de l'action communautaire sont d'ordre organisationnel, économique et sociopolitique. En pratique, le fonctionnement d'une grande partie des associations de développement en Haïti témoigne d'une structure hiérarchique non démocratique. Pierre (2007) indique ainsi que la voix des membres les plus démunis, bien que généralement majoritaire, n'est

pas prise en compte réellement lors des prises de décision importantes. En outre, le renouvellement des membres des conseils d'administration ne se fait pas périodiquement et les décisions sont souvent prises par une seule personne. Par ailleurs, une majorité d'associations n'ont d'existence que leur nom; certaines ne sont actives que lors des grandes occasions comme la célébration de journées nationales. Enfin, il existe peu de tables de concertation à l'échelle locale et régionale. Les associations ont plutôt tendance à se lancer dans une concurrence en vue de bénéficier du financement des ONG internationales (Élie, 2010).

La fin de la dictature des Duvalier a cédé le pas à l'instrumentalisation politique du mouvement populaire dans les quartiers précaires dans le contexte de la transition démocratique. Ainsi, beaucoup d'organisations dites communautaires servent d'appui au régime en place et sont utilisées comme moyen de pression et d'intimidation à l'encontre de catégories comme les pouvoirs judiciaire et législatif et la presse (Pierre-Lominy, 2007). Comme le signale Brutus (2009), cette situation est « le résultat du rapport charismatique, mystique et sans médiation que Jean-Bertrand Aristide a entretenu à son retour d'exil, rapport qui a étouffé toute tentative de questionnement de ses compétences d'homme politique et balayé toute envie d'implication populaire dans la politique » (2009 : 31). On assiste depuis lors à l'affaiblissement des organisations de base qui ne peuvent plus faire pression sur l'État pour influencer sa politique et à la manipulation de ces groupes populaires par diverses factions politiques (Joint, 1996).

De plus, il est difficile de décrire avec précision l'emprise de la culture traditionnelle sur la pratique des associations de quartier ou sur les dynamiques de participation citoyenne en général en Haïti. Des études comme celles de Gilles (1990) et de Houtard et Remy (1997) soulignent la prépondérance des explications magiques et des interprétations religieuses pour expliquer le réel. Il faudrait se demander en quoi cette manière de voir peut aider ou non à se regrouper pour affronter ensemble des problèmes collectifs liés à la santé, à l'économie et aux phénomènes naturels.

Tandis que les structures traditionnelles du monde rural ne sont pas valorisées et soutenues par l'État, certaines associations sont créées seulement pour attirer l'argent des ONG. C'est ce que Hillenkamp (2007) appelle « l'effet d'opportunité ». Comme le souligne Smarth (1998, cité dans Corten, 2001 : 154), « la création de nombreuses organisations ne serait autre que de pallier ce chômage chronique qui affecte désespérément la majorité des jeunes du pays ». Comment concilier ce besoin individuel avec celui de participer à la résolution des problèmes socioéconomiques touchant la collectivité?

Dans une perspective critique, Louis-Juste (1999; 2009) fait une lecture acerbe des organismes communautaires qui gèrent des projets de développement et surtout des ONG qui interviennent dans les milieux urbains et ruraux. Les problèmes sociaux ne sont pas vus sous l'angle politique, mais avec une lunette technique : ainsi le discours des ONG en est un d'intégration et de solidarité dans une société qui met à l'écart la majorité de ses citoyens. Les intervenants sociaux seraient des techniciens chargés de mettre sur pied des programmes. Et tandis que les organismes communautaires travaillant dans le milieu rural éludent la question agraire qui a été l'objet des revendications paysannes depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, la question de l'exploitation et de l'exclusion dont est victime la majorité de la population haïtienne est plutôt vue sous l'angle de disparités économiques et du sous-développement. Les ONG qui se veulent progressistes n'ont pas suffisamment de temps pour conscientiser la population, occupées qu'elles sont à renouveler leurs sources de financement. En ce sens, l'action communautaire de type *développementiste* ne serait qu'un outil idéologique de domination capitaliste en pays dépendant et aurait comme véritable finalité d'engendrer, au profit de l'impérialisme occidental, des communautés léthargiques n'ayant pas la capacité de défendre leurs intérêts locaux.

### **b. Perspectives de l'action communautaire en Haïti**

Nous reconnaissons que la lecture de Louis-Juste sur l'action communautaire rend compte de beaucoup de structures communautaires et surtout d'organisations internationales et nous

sommes conscients des limites liées à ce champ d'intervention sociale. Nous estimons cependant que les exemples déjà considérés et tirés de l'histoire contemporaine de l'action communautaire démontrent que des initiatives ancrées dans la culture et l'histoire des communautés sont susceptibles de contribuer à un changement social durable.

En effet, les organismes qui reçoivent le soutien économique et moral des communautés dans lesquelles ils sont implantés ont beaucoup plus de marge de manœuvre pour agir de façon autonome et pour faire pression sur les instances étatiques et internationales. Celles qui valorisent les ressources internes de la communauté dans une logique de développement local ou endogène et mettent l'accent sur le développement économique des communautés locales sont à même de favoriser le pouvoir d'agir des individus et des groupes locaux. Le travail social haïtien, à notre avis, a un rôle de premier plan à jouer en ce sens.

Dispensé exclusivement en Haïti par le Département de service social de la Faculté des Sciences humaines de l'Université d'État d'Haïti, le baccalauréat en service social comprend une formation théorique ainsi que des périodes de stage au sein de plusieurs institutions étatiques et organismes communautaires, mais sans qu'aucune formation spécifique en organisation communautaire ne soit mise en place. Nous pensons que cette formation doit mettre l'accent sur l'étude, la valorisation et le renforcement des structures communautaires dites traditionnelles et modernes qui sont orientées vers le développement endogène, et participer au développement du pouvoir d'agir de ces organismes communautaires, tout en proposant des stratégies permettant à ces organismes d'être plus autonomes.

En outre, si les associations doivent chercher à se structurer, à partager leur expertise et à valoriser leurs ressources, nous pensons que l'un des aspects essentiels consiste à mieux s'ancrer dans leur communauté tout en s'inscrivant dans une logique structurelle. Cette perspective de lier le social et le politique requiert la présence et l'intervention de travailleurs sociaux ayant une vision critique de l'action communautaire. De tels intervenants pourraient, dans le cadre d'un stage professionnel,

intégrer et accompagner les formes d'organisation (rurale/urbaine) susceptibles de porter les revendications populaires. À cet effet, la démarche, qui ne serait pas imposée, comprendrait un plan d'intervention établi conjointement avec les membres des associations qui tiendrait compte des besoins et des priorités établis par la communauté. L'accompagnement se ferait dans une logique de renforcement organisationnel et de conscientisation qui amènerait les membres à l'acquisition d'une conscience critique pouvant les aider à reconnaître les facteurs de discrimination et d'exploitation, et donc à leur donner une capacité de mener des actions collectives de revendication et de défense des droits sociaux, économiques et politiques des communautés locales.

### Conclusion

Somme toute, la culture de solidarité et d'action collective n'est pas nouvelle en Haïti. De l'indépendance à nos jours, les formes d'action communautaire ont évolué et on a assisté à l'émergence d'autres stratégies, tant en milieu urbain que rural, aux côtés des premières. Cette cohabitation donne lieu à un débat sur la prétendue supériorité d'une forme par rapport à l'autre, mais cette manière de voir ne tient pas compte du fait que les différentes formes d'organisations ont contribué à leur manière à la résolution des problèmes collectifs auxquels sont confrontées les communautés.

Cependant, si les associations contribuent à leur manière à la résolution des problèmes collectifs, certains aspects de leur fonctionnement empêchent une plus grande efficacité dans leur action. Il s'agit du manque de démocratisation des structures qui ne favorise pas la pleine participation de tous les membres et du manque d'ancrage dans les communautés locales. De plus, la nécessité de survie à laquelle sont confrontés les adhérents de ces structures et leur manque de conscience critique les placent dans une position vulnérable par rapport à l'instrumentalisation politique et aux explications surnaturelles pour comprendre le réel.

Les travailleurs sociaux doivent se donner comme mission de contribuer au développement du pouvoir d'agir des associations qui deviennent de plus en plus dépendantes des

ONG internationales. Cela passe par le renforcement des structures organisationnelles, la recherche d'une plus grande autonomie, mais aussi le développement d'une conscience critique pour de meilleures revendications dans une société basée sur l'exclusion. C'est dans cette perspective que l'action communautaire en Haïti pourra réellement trouver des solutions collectives et solidaires aux problèmes sociaux à partir d'une logique structurelle.

#### Descripteurs :

Organisation communautaire // Organisation communautaire - Haïti // Histoire sociale - Haïti // Coopération internationale - Haïti // Coude à coude pour le développement de la Vallée de Jacmel (CODEVA) (Organisme) - Haïti - Jacmel // Association des paysans de Vallée (APV) (Organisme) - Haïti - Petit-Goâve // Plateforme haïtienne de plaidoyer pour un développement alternatif (PAPDA) (Organisme) Haïti

Community organization // Community organization - Haïti // Social history - Haïti // International cooperation - Haïti

#### Références

- Bellande, A., et Jean-Luc, P. (1993). *Paysans, systèmes et crise-travaux sur l'agriculture haïtien*. Tome 2 : Stratégies et logiques sociales. Port-au-Prince : SACAD et FAMV.
- Bernardin, E. (1993). *L'espace rural haïtien : bilan de 40 ans d'exécution des programmes nationaux et internationaux de développement (1950-1990)*. Paris : L'Harmattan.
- Bien-Aimé, P. A. (1991). *Le mouvement du 7 février 1986 en Haïti. Une analyse en termes d'action collective*. Université de Montréal : mémoire de maîtrise en sociologie.
- Blot, L. G. (2005). « Les communautés ecclésiales de base face à l'église institutionnelle et à l'État en Haïti : les TKL de Saint-Jean Bosco », dans L. Guay (sous la direction de), *Mouvements sociaux et changements institutionnels : l'action collective à l'ère de la mondialisation* : 339-349. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D., Comeau Y., Favreau L., et L. Fréchette (sous la direction de) (2007). *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brutus, N. (2009). *Pratiques associatives et construction d'un espace social à Trou-du-Nord (Haïti)*. Université de Montréal : mémoire de maîtrise en sociologie.
- Checkoway, B. (1995). Six strategies of community change, *Community Development Journal*, 30 (1), 2-20.
- Claude-Narcisse, J., et Pierre-Richard, N. (1997). Le vent du féminisme, dans *Mémoire de femmes*, Port-au-Prince : UNICEF-Haïti [En ligne], <http://www.alterpresse.org/spip.php?article10045> (page consultée le 20 novembre 2012).
- Corten, A. (2001). *Misère, religion et politique en Haïti: diabolisation et mal politique*. Paris : Karthala.
- Develtere, P., et Fonteneau, B. (2004). *Économie sociale, emploi et protection sociale dans un état faible : le cas d'Haïti*. Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités, no 17. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Doré, G. (1985). L'organisation communautaire : définition et paradigme, *Service social*, 34 (2-3), 210-230.
- Doucet, L., et Favreau, L. (1991). *Théorie et pratique en organisation communautaire*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Duperré, M. (2007). « L'organisation communautaire : une méthode d'intervention en Travail Social » dans J. P. Deslauriers et Y. Hurtubise (sous la direction de), *Introduction au travail social*. Québec : Presses de l'Université Laval: 193-218.

- Élie, J. R. (2010). *Économie sociale et solidaire en Haïti : les trois colloques de l'année 2007*. Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) et Université du Québec à Montréal (UQAM).
- Étienne, S. P. (2007). *L'énigme haïtienne : échec de l'État moderne en Haïti*. Montréal : Éditions Mémoire d'encrier et Presses de l'Université de Montréal.
- Gamble, D. N., et Weil, M. (2009). *Community Practice Skills : Local to Global Perspectives*. New York : Columbia University Press.
- Gilles, A. (1990). *Popular Movement and Political Development in Haïti*. Conference paper no 21, Hearst : Collège Universitaire.
- Goulet, J. (2006). *L'organisation des services urbains : réseaux et stratégie dans les bidonvilles de Port-au-Prince*. Montréal : Thèse de doctorat en études urbaines, Université du Québec à Montréal.
- Hector, M., et Casimir, J. (2004). *Le long XIXème siècle haïtien, Itinéraires*. Port-au-Prince : Université d'État d'Haïti.
- Hillenkamp, I. (2007). *Le mouvement bolivien d'économie solidaire : dimension économique et politique d'une action collective, Revue tiers monde* (190) : 343-356.
- Houtard, F., et Remy, A. (1997). *Les référents culturels à Port-au-Prince : étude des mentalités face aux réalités économiques, sociales et politiques*. Port-au-Prince : CRESFED.
- Joint, L. A. (1996). *Éducation populaire en Haïti. Rapport des « Ti Komite Legliz » et des organisations populaires*. Paris : L'Harmattan.
- Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., et Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Louis-Juste, J. A. (2004). *La signification du combitisme dans une autre politique territoriale*. Port-au-Prince : Alterpresse.
- Louis-Juste, J. A. (1999). *Crise agrária e Desenvolvimento de comunidade: As metamorfoses do movimento camponês haitiano*. Recife : UFPE.
- Louis-Juste, J. A. (2009). *Travay social ak aksyon komite: ki rapo teyorik ak pratik yo genyen an Ayiti?* s.l.
- Mathon, D. (2005). *Pauvreté et stratégie de survie dans les quartiers précaires de l'aire Métropolitaine de Port-au-Prince*. Port-au-Prince : CEPALC.
- Midy, F. (1991). *Il faut que ça change : l'imaginaire en liberté* Hector, C. et Jadotte, H. (éditeurs). *Haïti et l'après-Duvalier : Continuités et Ruptures* : 75-98 Tome I. Port-au-Prince/Montréal : Éditions Deschamps/CIDIHCA.
- Moise, C. (28-29 avril 1997). *L'Évolution du droit de la femme à travers l'histoire constitutionnelle d'Haïti de 1804 à 1987, Haïti : la constitution de 1987 et les droits de l'Homme*. Port-au-Prince : Actes du colloque international MICIVIH-PNUD.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention, développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Péan, L. (27 septembre 2010). *Haïti : à la source de nos simulacres électoraux, Alterpresse* [En ligne], <http://www.alterpresse.org/spip.php?article10045> (page consultée le 2 février 2012).
- Pierre, M. E. (2007). *La participation dans les organisations coopératives en Haïti : le cas de la coopérative Saint Jérôme*. Montréal : mémoire de maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Pierre-Lominy, M. J. (2007). *La violence en Haïti : permanence et mutations dans L. N. Pierre (sous la direction de). Haïti : les recherches en sciences sociales et les mutations sociopolitiques et économiques* : 115-128. Paris : l'Harmattan.
- Pilon, A. (1991). *L'organisation communautaire avec des personnes âgées*, dans Doucet, L. et Louis Favreau, L. (sous la direction de), *Théorie et pratique en organisation communautaire*. Sainte-Foy : 307-328 Presses de l'Université du Québec.
- Rothman, J. (1995). *Approaches to community Intervention dans Rothman, J., Erlich, J. L., et Tropman, J. E. (éditeurs), Strategies of Community Intervention*, 5<sup>th</sup> edition. Itasca: Peacock Publishers: 26-63.
- Samedy, J.-B. M. (1996). *Mutation et persistance de la structure sociale de Saint-Domingue-Haïti (1789-1994)*. Ottawa : Legas.
- Schuller, M. (2010). *Unstable foundations: Impact of NGOs on Human Rights for Port-au-Prince's Internally Displaced People*. New York : the City University of New York.

# Contribution du système éducatif au rapport de domination dans la société haïtienne

par

*Réthro Agenor*

Étudiant en maîtrise en service social

Université de Montréal

Courriel : rethro.agenor@umontreal.ca

**Résumé.** Ce texte est la synthèse d'une présentation au colloque « Les autres visages d'Haïti », organisé lors de la semaine interculturelle de l'Université de Montréal en février 2012. Il présente une brève étude analytique du système éducatif haïtien et en fait ressortir les principales lacunes, et leurs impacts sur le fonctionnement de la société haïtienne. Il présente aussi les stratégies déployées par les jeunes et les parents en vue de contourner les obstacles inhérents à la structure du système. À cela s'ajoute une partie théorique, inspirée des théories de reproduction et de l'étiquetage, à travers laquelle des mots clés comme l'exclusion sociale, l'inégalité sociale et la marginalisation introduisent la partie analytique qui tente de faire ressortir la contribution de ce système à la reproduction du rapport de domination dans la société haïtienne.

**Mots clés :** Système éducatif haïtien, exclusion sociale, inégalité sociale, domination sociale, marginalisation.

Présentation brève de la théorie de la reproduction sociale et de la théorie de l'étiquetage. Analyse du système éducatif haïtien; ses principales lacunes et leurs impacts sur les 15-24 ans, dont l'exclusion sociale.

Brief overview of two theories: social replication and social tagging. Analysis of the Haitian educational system; its main difficulties and their impacts on the youth between 15 and 24, including social exclusion.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 83-93.

Dans toute société, l'éducation en tant que telle représente la base du développement social. En raison de cette fonction, elle constitue le cadre qui définit tout projet de société, vise l'épanouissement socioéconomique et le bien-être de chacun, soit un projet permettant un mode de vie décent pour la population. L'éducation, selon François (2009), devrait être un outil d'intégration des individus et de distribution de leur rôle dans la société en fonction de leurs compétences. Depuis l'obtention de son indépendance (1804), Haïti ne cesse de connaître des moments de crise et sa population vit majoritairement dans des conditions de vie vraiment précaires qui la rend vulnérable. Par conséquent, c'est une société où il est difficile de parler de développement social alors que cela devrait être la mission ultime de l'éducation; cela pose la problématique de notre système éducatif.

Des recherches mettent en évidence surtout la mauvaise qualité de ce système. Pour certains, elle est le résultat de la crise sociopolitique que connaît le pays depuis bien des décennies (Aide et Action, 2005). Pour d'autres, la mauvaise qualité du système, en provoquant la « sous-éducation » de la population, représente un mécanisme de blocage à la création de richesses au sein de la société haïtienne, donc, ce qui retarde le développement de cette dite société (Pierre, 2010). Cependant, le système étant relié au projet de société qu'il traduit nécessiterait un type d'analyse plutôt critique.

Cet article veut souligner que ce système est basé sur une démarche qui contribue à la reproduction du rapport de domination au sein de la société haïtienne, dont découle une forte disparité socioéconomique (Paulo, 2006). Cette disparité est responsable des mauvaises conditions de vie de la majeure partie de la population et de son état de pauvreté (Levy, 2002; Lamaute-Brisson, Jadotte et Lubin 2005; Dorvilier, 2010). Notre analyse permet de cibler certains facteurs responsables des injustices sociales et de fixer des objectifs pour la pratique

de l'intervention sociale en Haïti. Ce contexte particulier explique la dimension théorico-pratique du texte reliée à l'approche structurale en travail social (Moreau, 1987) en vue de faciliter la compréhension des problèmes vécus par les catégories dominées de la société haïtienne en fonction de l'organisation du système social. Notre apport contribue à justifier une approche visant une transformation sociale (Deslauriers et Hurtubise, 2010), grâce à l'analyse de pistes possibles pour la pratique du travail social en Haïti.

Pour rédiger cet article, nous avons utilisé nos connaissances et notre expérience du système et consulté la littérature disponible. Notre texte se présente comme suit : après un survol des dimensions historiques de l'éducation en Haïti, nous décrivons le système éducatif haïtien, les caractéristiques de la jeunesse haïtienne et les stratégies qu'elle privilégie. Suivent l'analyse et une brève conclusion qui formule des propositions d'avenir.

## **1. Les théories qui éclairent notre perception de l'éducation**

### *La théorie de la reproduction*

Sur le plan éducatif, la théorie de la reproduction est surtout associée à des travaux de Bourdieu et d'Aron (François, 2009). Cette théorie analyse l'enseignement en tant que système de reproduction des structures sociales qui contribuerait aux rapports de domination existant dans les sociétés en considérant que l'école, en tant qu'institution, ne répond principalement qu'à la réalité des classes bourgeoises et moyennes. Les valeurs qui y sont véhiculées visent à imposer subtilement aux classes populaires une forme de culture ne correspondant pas à leur réalité et à la légitimer. Cela aurait pour effet de maintenir une dynamique d'émancipation favorable aux gens de catégories bourgeoises et de classes moyennes au détriment de celles de la masse populaire et paysanne (Poupeau et Discepolo, 2002; Forquin, 2002).

L'un des concepts clés de la théorie de la reproduction est « l'habitus », présenté comme une explication des résultats relatifs au processus de socialisation des individus. « L'habitus » fait aussi le lien avec les origines des classes sociales. Concrètement, ce concept est défini

comme un ensemble de manières de penser, d'agir et de sentir. Il est lié aux réalités socioculturelles dans lesquelles baignent les individus et représente cette structure créée à partir du parcours psychosocial des personnes qui les prédispose à un système d'action, de perception et de compréhension. C'est un concept qui est fortement lié à celui du « capital social » défini comme l'ensemble de valeurs acquises dans les domaines du savoir-faire et du savoir-être (Bourdieu, 1986; Poupeau et Discepolo, 2002; Coulangeon, 2004). L'habitus sert également de cadre de référence culturel et intellectuel associé à l'environnement des classes sociales (Coulangeon, 2004; François, 2009; Abel et Frohlich, 2012). C'est ce qui peut expliquer l'inadéquation entre les valeurs que véhicule une institution comme l'école haïtienne et la réalité des classes populaires.

Les auteurs de la théorie de la reproduction sont critiques quant à cette institution qu'ils associent au piètre niveau d'intégration sociale de la classe populaire en lien direct avec le clivage créé par l'inadaptation entre l'organisation du système scolaire et la culture populaire. Dans la réalité, le résultat est la restriction de l'accès aux études et la multiplication d'actes d'élimination ou d'échecs auxquels les gens issus de cette classe font souvent face dans le cadre de leur parcours scolaire. C'est là la base du phénomène de décrochage scolaire ou d'abandon (Poupeau et Discepolo, 2002). Or, le parcours scolaire devrait contribuer au développement du capital culturel et social de ceux qui fréquentent les institutions. Un parcours que Bourdieu présente dans ses travaux en tant que valeur permettant d'avoir un meilleur statut dans la société (Bourdieu, 1986; Poupeau et Discepolo, 2002).

### *La théorie de l'étiquetage*

Pour compléter ces apports tirés des travaux de Bourdieu, nous allons nous référer à la théorie de l'étiquetage qui trouve son origine dans la théorie de l'interactionnisme symbolique développée par des auteurs comme Goffman et Blumer (Lacaze, 2008). Ces théories vont nous permettre de faire usage de concepts comme la marginalisation, l'exclusion et l'inégalité sociale (Anderson et Snow, 2001). Ces concepts peuvent nous aider à comprendre, suivant un point de vue analytique, les

situations socioéconomiques défavorables des individus de la classe populaire et de la paysannerie en Haïti.

Les travaux de Castel (1995) et de Racine (2007) montrent que le concept d'exclusion est polysémique et peut répondre à plusieurs définitions suivant le contexte, en raison des mutations des types de pauvreté. Dans sa connotation, ce concept renvoie au statut d'un groupe ou d'une catégorie n'ayant pas accès à certains privilèges ou à certaines ressources de la société. En d'autres termes, il fait référence à ceux qui se trouvent dans une situation socioéconomique défavorable ou encore dans une situation de pauvreté. Cela nous permet de faire le lien avec le concept d'inégalités sociales pour expliquer la situation de conditions socioéconomiques dites pauvres. Pour Robert Castel (1995), il est difficile de considérer comme exclue une catégorie qui n'a jamais eu accès à certains privilèges ou à un ensemble de ressources, donc il vaudrait mieux parler de marginalisation pour comprendre une telle situation (Anderson et Snow, 2001).

Suivant la théorie de l'étiquetage, que ce soit l'exclusion sociale, l'inégalité sociale ou la marginalisation, l'ensemble représente le résultat d'une situation de rejet, de discrimination, que vit une catégorie de la population. Selon Winkin (1984), cette situation découlerait surtout de l'interaction qui existe entre des individus durant laquelle il peut y avoir un jugement négatif porté sur le comportement de certains d'entre eux. Les individus faisant l'objet d'un jugement de valeur négatif peuvent l'intégrer et évoluer en ce sens (Lacaze, 2008, Anderson et Snow, 2001). Cette explication est valable surtout dans les institutions scolaires où les jeunes évoluent en interaction avec leurs camarades, les enseignants, les parents et d'autres institutions. Cette interaction nourrit certaines interprétations qui sont reliées à des formes de réaction ou de comportement (Boumard et Bouvet, 2007). Considérant le cas du système éducatif en Haïti, c'est cette facette qu'il faudrait surtout analyser à partir de la théorie de l'étiquetage. Cela nous permet de considérer le phénomène de raillerie qui punit les lacunes des jeunes des classes populaires qui s'expriment en français. En ce qui a trait à la théorie de la reproduction, il faut surtout retenir

le côté élitiste de la langue française en Haïti, qui influence le rapport de supérieur/inférieur entre les jeunes des classes bourgeoises, moyennes et ceux des classes populaires.

## **2. Les dimensions historiques de l'éducation en Haïti**

Faire ressortir les dimensions historiques de l'éducation en Haïti demande de remonter le temps jusqu'à la période esclavagiste. À cette époque de la colonie française dénommée Saint-Domingue, le système d'éducation n'existait pas, car seule l'éducation religieuse était de mise afin de transmettre aux esclaves une culture de soumission et de créer une distance entre eux et leurs maîtres. Les colons, eux, arrivaient déjà formés directement de France, et en général y retournaient pour aller jouir de la richesse accumulée dans la colonie. Leurs enfants nés dans la colonie étaient envoyés en métropole pour leurs études. Alors, conséquemment, pour eux aussi, un système éducatif n'était pas nécessaire.

Avec l'avènement de Toussaint Louverture sur la scène politique (d'abord de 1794 à 1798 en tant que gouverneur adjoint de la colonie) puis comme gouverneur général autoproclamé à vie (1801), l'éducation scolaire allait connaître ses premiers balbutiements (Gainot, 2005). D'abord l'école était surtout réservée aux petits mulâtres; avec l'abolition de l'esclavage, elle allait être ouverte à tous les anciens esclaves, ainsi qu'à leurs fils et à leurs filles (François, 2009).

Après l'indépendance, le contexte a changé avec la création d'un système éducatif officiel. Cependant, l'empereur Dessalines se préoccupait plus de la défense nationale, car il craignait l'éventuel retour de l'armée française mise en déroute à la fin de l'année 1803. De ce fait, le système d'éducation qu'il avait mis sur pied était surtout réservé aux militaires.

Après la mort de cet empereur, le système se perpétua selon cette même logique exclusive, surtout avec certains présidents comme Pétion et Boyer (Casimir, 2000; François, 2009). Ces derniers ont mené des politiques éducatives où l'accès à l'éducation était réservé aux élites. Ces politiques furent consolidées au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle par le président Geffard avec la signature d'un concordat avec le Vatican déterminant les rôles respectifs de l'État et de

l'Église en Haïti. Cela a favorisé l'arrivée de congrégations religieuses françaises qui allaient ouvrir les portes de leurs écoles surtout à la classe bourgeoise. Quant aux quelques établissements publics qui existaient à l'époque, comme le Lycée Pétion par exemple, il fallait être enfants d'un dirigeant politique ou de l'élite pour y avoir accès. « Avec cette politique, la classe dirigeante se perpétue (...) de père en fils. Les enfants de la masse des paysans qui n'avaient pas les moyens de se payer le luxe de fréquenter un établissement scolaire (...) restaient ainsi dans l'ignorance. » (François, 2009 : 83).

Pendant l'occupation américaine de 1915 à 1934, cette politique éducative était toujours de mise. Il faut dire qu'il y avait des intellectuels nationalistes, venant de la bourgeoisie, qui défendaient le système éducatif déjà en place. L'éducation ne figurait pas au programme des occupants : « Tous les projets que devaient réaliser les Américains étaient inscrits dans la convention signée entre le gouvernement américain et le gouvernement haïtien. Cependant, aucune disposition relative à l'instruction publique n'y était mentionnée. » (François, 2009 : 101) Ils ont cependant créé des écoles techniques et agricoles pour favoriser le développement économique du pays (François, 2009).

Il faut attendre le début des années 1980 pour assister à une réforme du système éducatif haïtien. En 1982, la réforme Bernard visait surtout à doter Haïti d'un système répondant mieux à sa réalité en intégrant l'enseignement du créole au primaire et au fondamental (François, 2009; Joint, 2006). Cette structure de l'enseignement est encore vigoureuse et fera l'objet d'une présentation dans les paragraphes suivants.

### 3. Le système éducatif haïtien, ses enjeux et ses défis

#### Structure du système éducatif haïtien

Le système éducatif haïtien est règlementé par le ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle (MNFP) et encadré par le Plan national d'Éducation et de Formation (PNEF) de 1995. C'est un programme élaboré lors de la réforme Bernard amorcée à la suite des États généraux de l'Éducation; il a jeté la base d'une réforme éducative en Haïti en y intégrant le créole comme langue d'enseignement officiel. L'objectif est d'adapter le système éducatif à la réalité socioéconomique des jeunes haïtiens et de rendre efficace le système d'alors qui était jugé médiocre (Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports, 2004; Aide et Action, 2005).

Ce système est présenté dans le tableau qui suit et repose sur le préscolaire, le fondamental (avec trois cycles), le secondaire et l'enseignement supérieur.

Le préscolaire, où l'âge d'accueil est fixé à trois ans, est sous la responsabilité du Bureau de Gestion de l'Enseignement préscolaire (BUGEP). L'enseignement dit fondamental, où l'âge d'admission est de six ans, comprend le 1<sup>er</sup>, le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> cycle et s'étale sur une période de neuf ans. En fait, le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> cycle correspondent au primaire et se terminent par une épreuve officielle. En ce qui concerne le 3<sup>e</sup> cycle, la troisième année est, elle aussi, sanctionnée par un examen officiel. En outre, ces cycles scolaires sont tous les trois sous l'égide de la Direction de l'Enseignement fondamental (DEF). Suit le secondaire allant de la troisième secondaire à la terminale qui correspond à l'étape où les élèves peuvent choisir leur

Tableau 1. Schéma représentant le système éducatif haïtien

Secteurs	Préscolaire	Fondamental (1 <sup>er</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> cycle)		Secondaire	Enseignement supérieur (professionnel et technique)	Alphabétisation	Enseignement non formel
Durée	3 ans	6 ans	3 ans	4 ans	Variable	Variable	Variable
Épreuves officielles		Certificat d'études primaires	Examen officiel	Baccalauréat			

orientation entre l'enseignement général et l'enseignement technique. Les deux dernières années du secondaire concernent le baccalauréat I et II, soit les deux examens officiels de fin d'études secondaires qui sont appelés aussi « goulots d'étranglement » parce qu'ils représentent les épreuves auxquelles bien des élèves échouent et sont obligés d'abandonner leurs études.

L'enseignement technique et professionnel est contrôlé par l'Institut National de Formation professionnelle (INFP). En ce qui concerne l'enseignement supérieur ou universitaire, on a le secteur public qui comprend l'Université d'État d'Haïti (UEH) étant composée de onze facultés, écoles et instituts. Les travailleurs sociaux haïtiens sont formés dans l'une des facultés de cette université. Une formation qui s'étale sur quatre années d'étude et qui doit être finalisée avec la remise d'un projet ou d'un travail de recherche dirigé (Jouthe, Mathieu, Pierre, Renois et Sinave, 2005). Le secteur privé comprend un ensemble d'universités de différents domaines qui assurent une formation limitée de premier cycle pour la grande majorité d'entre elles, surtout en lien avec le commerce, la gestion et l'informatique (Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004; Aide et Action, 2005; Ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle, 2007).

Par ailleurs, parallèlement à ce système, il existe un programme d'alphabétisation géré par la Secrétairerie d'État à l'Alphabétisation (SEA) et une offre de formation par les organisations non gouvernementales (ONG), par exemple pour l'éducation des jeunes défavorisés en y intégrant des volets professionnels (MENFP, 2007; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004; Aide et Action, 2005).

La pratique de l'enseignement officiel est basée sur un mélange de créole et de français, mais avec une prédominance de ce dernier en raison de la disponibilité des documents didactiques en français. Cela contraint souvent les enseignants à intervenir surtout en français dans le cadre de leur travail et explique l'association de la langue française aux caractéristiques élitistes

face à une langue créole opprimée (Casimir, 2000; 2001), et ce, malgré la reconnaissance de cette langue dans la constitution haïtienne en 1987 comme une langue d'enseignement, à la suite de la réforme Bernard.

Par conséquent, lorsque nous analysons la structure du système éducatif haïtien, cette réalité de la langue, accompagnée des différentes épreuves officielles susmentionnées, fait en sorte que le système représente une série de défis auxquels la majorité des jeunes fait face dans le cadre de leur parcours scolaire. C'est un élément qui contribue au phénomène de décrochage des jeunes de la classe populaire et de la paysannerie haïtienne (Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004). En dehors de l'école, ces jeunes s'expriment en créole et, pour la majorité d'entre eux, leurs parents ne savent ni lire ni écrire. L'éducation qu'ils reçoivent à l'école entre en conflit avec ce qu'ils vivent au quotidien dans leur environnement. Or, le système qui ignore cet aspect de la réalité sociale de la population présente donc un aspect inéquitable (François, 2009; MENFP, 2007; Joint, 2006).

#### *Le fonctionnement du système*

En Haïti, nous retrouvons deux catégories d'écoles, les écoles publiques et les écoles privées, toutes deux chapeautées par le programme d'enseignement du MENFP. En ce qui concerne les écoles publiques, elles sont exclusivement régies par l'État qui guide leur mission, s'assure de leur fonctionnement et les encadre (MENFP, 2007; Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004). Ces écoles se retrouvent souvent débordées et incapables de répondre à la demande de la population. Le plus souvent, ce sont des enfants dont les parents sont capables de les soutenir financièrement qui y sont admis (Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010). Dans les faits, les écoles publiques manquent de tout et fonctionnent difficilement (MENFP, 2007; Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004).

Pour l'enseignement supérieur assuré par l'Université d'État d'Haïti, les facultés se trouvent à Port-au-Prince, à l'exception de la faculté de droit et des sciences économiques qui dispose de sites dans plusieurs villes. Le manque de matériel didactique paralyse souvent l'enseignement et l'apprentissage.

L'existence des écoles privées s'explique par le nombre limité de places disponibles dans les établissements publics (environ 10 % des besoins) et le fait que la majorité d'entre elles se retrouve dans les grandes villes, dont la capitale. Souvent, ces écoles appartiennent soit à des particuliers, soit au secteur religieux et elles peuvent être divisées en deux catégories. Certaines écoles sont au service des plus pauvres et une autre catégorie au service de la classe moyenne et d'une grande partie de la bourgeoisie haïtienne. Celles qui desservent la classe populaire fonctionnent en grande partie dans des conditions précaires, et souvent dépendent de mouvements religieux protestants à Port-au-Prince. À la campagne, en plus d'un manque de ressources, l'éloignement des établissements oblige de nombreux élèves à parcourir des kilomètres pour s'y rendre.

À l'opposé, les écoles desservant la classe moyenne et bourgeoise disposent de conditions adéquates de fonctionnement qui leur permettent de répondre aux exigences ministérielles et donnent aux élèves les moyens de surmonter les efforts qu'exige la langue française (MENFP, 2007; Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la jeunesse et des Sports, 2004).

### **3. La jeunesse haïtienne face aux défis du système éducatif**

#### *La situation socioéconomique de la jeunesse haïtienne*

Parler de « jeunes » en Haïti c'est se référer à une population de 15 à 24 ans (Fonds des Nations Unies pour la Population et Haïti, 2010), qui représente plus de la moitié de la population totale avec une moyenne d'âge de moins de 21 ans (Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, 2013; UNESCO, 2008).

Que ce soit en milieu rural ou urbain, la situation socioéconomique de la jeunesse haïtienne est vraiment précaire. En fait, la population

d'Haïti s'accroît à un rythme plus élevé que sa production, que ce soit en matière de Produit national brut (PNB) ou de Produit intérieur brut (PIB). Plus de la moitié des jeunes sont au chômage et d'autres sont en quête d'emploi alors qu'une petite minorité seulement (moins de 20 %) a un emploi rémunéré (FNUAP, 2010).

#### *Stratégies des jeunes pour faire face aux défis du système éducatif*

Le manque d'écoles et les défis provenant du système représentent un blocage pour la majorité des jeunes haïtiens. À cela s'ajoutent leurs conditions socioéconomiques défavorables qui les fragilisent davantage. En fait, les conditions de base (réponses aux besoins primaires tels que se procurer de la nourriture, de l'eau, des vêtements, etc.) sont tellement difficiles que beaucoup d'entre eux n'arrivent même pas à se procurer le matériel didactique, rarement disponible dans les écoles.

Cependant, des stratégies sont souvent déployées pour essayer de contourner cette situation. En pratique, les jeunes développent souvent des réseaux d'entraide et s'échangent le matériel didactique, notamment lors des périodes d'examens officiels. Assez souvent, ils sont obligés de se déplacer durant la nuit dans des endroits où se trouvent des groupes électrogènes pour disposer de lumière, son absence représentant évidemment un grand obstacle.

Parallèlement à toutes ces stratégies, il y a la contribution des parents. Ces derniers, malgré les conditions de vie difficiles, se débrouillent toujours pour aider leurs enfants à faire face aux obstacles du système. Sur le plan économique, ils sont toujours prêts à dépenser, car ils croient que l'éducation constitue la seule chose qui peut aider leurs enfants à avancer. Souvent ils disent à leurs enfants que c'est la seule richesse qu'ils peuvent leur léguer. L'effort des parents représente aussi une source de motivation aidant les jeunes à faire face aux défis structurels du système. D'ailleurs, c'est ce qui permettrait à beaucoup d'entre eux de franchir ces obstacles et même de devenir de grands intellectuels.

Les stratégies mentionnées démontrent la solidarité que les jeunes développent entre eux pour faire face aux défis, encouragés par les efforts des parents. Lorsque nous considérons les

stratégies déployées par ces derniers, cela nous permet de comprendre que le système, malgré la réforme Bernard, continue à fonctionner selon la même logique inégalitaire. En d'autres termes, nous pouvons dire que ces jeunes essaient de passer au travers d'un système qui n'est pas construit en leur faveur et qui pourtant devrait l'être. Ce constat nous amène à notre analyse inspirée des théories de la reproduction et de l'étiquetage et des concepts qu'elles mettent de l'avant telles la marginalisation, l'exclusion et les inégalités sociales.

#### 4. Une analyse inspirée

L'objectif de cette analyse est de montrer la contribution de ce système à la perpétuation d'un rapport de domination au sein de la société haïtienne qui favorise les jeunes les mieux nantis au détriment de ceux de la classe populaire et de la paysannerie haïtienne. Ce fait est aussi vrai tant en matière de structure que de fonctionnement. En matière structurelle, il existe différentes épreuves officielles (goulots d'étranglement) ainsi que l'usage du français dans l'enseignement. En matière de fonctionnement, relevons l'incapacité du système à desservir toute la population, par manque d'établissements.

Il s'agit d'un système exclusif et marginalisant se basant sur une logique d'accueil sélectif. Il est construit sur un ensemble de valeurs qui empêchent les jeunes de la classe populaire et de la paysannerie haïtienne de s'intégrer, conduisant ainsi à une mise à l'écart de 70 % de la population (UNESCO, 2008; Ministère de la Planification et la Coopération externe, 2005). Cette forme d'exclusion s'explique à la fois par la structure et par les restrictions qui les empêchent de fréquenter les établissements scolaires qualifiés pouvant les aider au moins à passer à travers le système, restriction surtout liée à leur statut socioéconomique.

À un autre niveau, ces défis que nous venons de mentionner contribuent sous d'autres formes à l'exclusion et à l'inégalité sociale. Ils nourrissent le phénomène du redoublement, menant trop souvent au décrochage scolaire ou à l'abandon (MENFP, 2007; Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004). Le Groupe de Travail sur

l'Éducation et la Formation a publié un document sur le système éducatif haïtien qui montre le faible taux de réussite aux examens officiels : pour les élèves de 6<sup>e</sup> année : 2002-2003 – 66,5 %; 2005 – 66,5 %; pour ceux de la 9<sup>e</sup> année et des baccalauréats I et II : 2002-2003 – 62,5 %; 2005 – 48,3 % (Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010). Ces résultats démontrent, surtout ceux des baccalauréats I et II, le taux élevé d'échecs compris entre 38 % et 52 %, comparativement au Québec où il était aux environs de 12 % durant la même période (Bowlby, 2005; Ressources Humaines et Développement des Compétences Canada, 2013). Bien que cela n'implique pas le décrochage automatique, une bonne partie d'entre eux peut voir son parcours scolaire interrompu.

Au Québec, un volet du système destiné aux adultes permet de favoriser la réintégration des jeunes décrochés, ce qui est inexistant en Haïti. Au contraire, ces jeunes peuvent se retrouver le plus souvent fragilisés sur le marché du travail et peu valorisés dans la société, compte tenu de leur bas niveau d'éducation. Ainsi, la situation problématique du statut socioéconomique précaire n'est plus très loin. C'est une situation qui risque de les mettre dans des conditions misérables où ils doivent évoluer en marge de la société. D'où cette idée de marginalisation au sens de Castel (1994), en lien avec un système qui mène à une forme d'éducation déséquilibrée au détriment de la masse populaire et de la paysannerie haïtienne.

L'autre élément clé du système qui aurait pour effet d'accentuer la marginalisation de ces jeunes, c'est l'enseignement en français. Notre expérience à travers le système nous permet de comprendre que ce blocage fonctionne comme suit : il suffit qu'un jeune en salle de classe ne trouve pas la tournure française correcte pour exprimer sa pensée qui peut être le fruit d'une réflexion intéressante, alors il arrête de s'exprimer. En contrepartie, ce même système favorise les jeunes issus de la classe bourgeoisie et de la classe moyenne haïtienne, qui baignent déjà dans un environnement que le système favorise. Cette situation a provoqué la Réforme Bernard en 1979 qui a reconnu officiellement l'enseignement de la langue créole à l'école (François, 2009; Joint, 2006; Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation, 2010; Ministère

de l'Éducation de la Jeunesse et des Sports, 2004). Mais, dans la réalité, il en va tout autrement puisque presque tous les ouvrages sont disponibles uniquement en français.

Dans cet ordre d'idées, il faut souligner que le phénomène de raillerie entre les jeunes à l'école à l'égard de ceux qui ne maîtrisent pas la langue française reproduit le rapport issu de l'esclavage qui a créé le clivage entre l'être noir inférieur et l'être blanc supérieur (Casimir, 2000). Les politiques éducatives ont longtemps valorisé l'héritage des colons, en rejetant ce qui venait des noirs descendants des esclaves, par exemple le créole. Les conséquences de ce rapport dévalorisant du créole au profit du français sont vécues surtout chez les jeunes de la classe populaire et de la paysannerie, chez qui il provoque un sentiment d'incompétence pouvant mener au décrochage, voire à l'exclusion définitive. En ce sens, le système actuel, malgré la Réforme Bernard, continue à être discriminant et à fonctionner selon une perspective liée au passé colonial et esclavagiste. Cela nous permet de faire un lien avec la théorie de l'étiquetage qui introduit à son tour les concepts de marginalisation, d'exclusion sociale et d'inégalité sociale, à partir de la perspective de l'interactionnisme symbolique. Dans cette perspective, il est important de considérer le type de fonctionnement auquel contribue ce système à la base de la société haïtienne, en faisant ressortir son incidence sur les conditions socioéconomiques précaires de la classe populaire (Paulo, 2006). En fait, les différents problèmes sociaux présents dans cette société, doivent être reliés surtout à ce type de fonctionnement. Outre le décrochage scolaire des jeunes, on a d'autres problèmes sociaux tels que : la maltraitance des enfants, la grossesse à l'adolescence, le phénomène des enfants des rues, le phénomène « restavèk » (en créole, dérivé du français « reste avec » pour désigner les enfants vivant dans une famille autre que leur famille biologique), pour ne citer que ceux-là (Descamps, 2003, Aide et Action, 2005; François, 2009). Ce sont là des préoccupations auxquelles s'intéressent les travailleurs sociaux dans leur pratique, ce qui montre que ces derniers ne peuvent négliger ces problèmes s'ils veulent intervenir en profondeur suivant une logique transformatrice du travail social (Deslauriers et Hurtubise, 2010). Cela renvoie

également à la stratégie d'intervention de base en service social qui préconise une certaine interprétation théorique et critique du problème relevé qui va faire l'objet de l'intervention (Gauthier, 2010; De Robertis, 2009; Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2002). Cette dernière phrase souligne l'ancrage structurel des différents problèmes sociaux auquel peut contribuer le système éducatif haïtien en reproduisant les rapports de domination existants.

Cette analyse, en révélant le rapport entre l'organisation du système éducatif haïtien et la manifestation de divers problèmes sociaux, donne la possibilité de considérer l'approche structurelle en travail social comme étant à privilégier pour la pratique du travail social en Haïti. Le questionnement du système favoriserait le développement des initiatives à base d'éducation populaire en vue d'une conscientisation collective de l'ampleur des problèmes et de leur origine (Guindon, 2002; Lamoureux, 2010). Les Organisations communautaires de base (OCB), en tant qu'initiatives autonomes des citoyens qui luttent contre la marginalisation et l'exclusion sociale (Adrien, 2011), seraient des leviers d'action favorables à de telles initiatives au profit d'une organisation plus démocratique de la société (Guindon, 2002).

Avec l'implication des travailleurs sociaux, ces initiatives peuvent se développer et mener à la dénonciation des caractéristiques injustes et exclusives qui sous-tendent la base de la société haïtienne. En fait, la formation en service social en Haïti est surtout traversée par des approches réformistes et critiques. À sa base se retrouvent les lignes directrices d'une pratique qui remet en question la structure de la société en vue d'un changement intégrateur prenant en compte la situation des gens. Conscientiser ces derniers sur leur réalité socioéconomique en vue d'une transformation sociale est le moyen privilégié par ces approches (Jouthe, Mathieu, Pierre, Renois et Sinave, 2005). Toutefois, puisque seule la Faculté de Sciences humaines (FASCH) est responsable de cette formation (Jouthe, Mathieu, Pierre, Renois et Sinave, 2005), cela réduit la possibilité d'avoir un nombre de professionnels suffisant dans la société pour dynamiser le contexte de la pratique de cette profession.

Très peu de travailleurs sociaux arrivent à boucler leur cycle d'études de licence. Dans une étude réalisée par Jouthé, Mathieu, Pierre, Renois et Sinave (2005) sur l'enseignement du travail social en Haïti, le nombre de mémoires recensés dans toute l'histoire de l'enseignement de cette discipline en Haïti jusqu'en 2004 est de 26! Cela s'explique en vertu du manque de ressources disponibles pour les étudiants et leur précarité socioéconomique. D'ailleurs, ceux n'ayant pas la possibilité d'avoir leur diplôme se font le plus souvent embaucher par des organisations non gouvernementales (ONG) avant même de terminer leur cursus (Jouthé, Mathieu, Pierre, Renois et Sinave, 2005). Il s'agit toujours du même phénomène de décrochage scolaire relié au facteur socio-économique de précarité.

Ces dernières années, le nombre de diplômés a certes augmenté, toutefois cela n'empêche que la quantité est toujours très faible dans le contexte du fonctionnement de la société haïtienne, surtout après le séisme du 12 janvier 2010. En effet, il s'agit de comprendre que ce contexte de formation complexifie encore plus la problématique d'imposition de la pratique de la profession du travail social en Haïti. Par ailleurs, une éventuelle implication de ces professionnels dans la sphère communautaire pourrait être organisée afin d'encadrer (animation ou formation) les Organisations Communautaires de Base (OCB). Cela pourrait mieux aider à une conscientisation de la réalité des injustices sociales que ce texte essaie de mettre en évidence par son analyse du système éducatif haïtien.

## Conclusion

Cette démarche nous a permis de déceler des éléments importants qui représentent des handicaps pour le système éducatif haïtien. D'un côté, le côté structurel de ce dernier, avec tous les défis à surmonter qui représentent des enjeux importants pour la réussite des jeunes de la classe populaire et de la paysannerie haïtienne. Parallèlement, nous avons vu que les classes bourgeoise et moyenne sont mieux desservies par le système qui illustre le fait qu'il s'appuie sur des principes d'inégalité des chances (Joint, 2006). C'est son caractère exclusif et marginalisant qui nous permet d'avancer que le système éducatif haïtien contribue à la

perpétuation d'un rapport de domination au sein de la société haïtienne hérité du système colonialiste et basé sur la suprématie des descendants des colons, au détriment de la masse populaire descendant des esclaves.

Nous n'abordons pas le problème de manque de qualification des enseignants. Une dimension que l'on retrouve sans surprise surtout dans les écoles que fréquentent la classe populaire et la paysannerie haïtienne. Nous avons choisi de ne pas l'aborder parce qu'elle est liée essentiellement à la situation de pauvreté du pays qui, selon Castel (1994) résulte de l'exclusion et de la marginalisation sociale. À cette dimension, il faut ajouter la question de la faible maîtrise de la langue française qui empêche des enseignants d'être performants. Toutefois, selon Pierre (2010), ces dimensions représenteraient les facteurs fondamentaux responsables de la sous-éducation chronique de la population haïtienne. Le projet École Université d'Été (EUE) du Groupe de Réflexion et d'Action pour une Haïti Nouvelle (GRAHN), dont cet auteur est le chef de file, est prévu afin de pallier une telle situation. L'objectif de ce projet est de permettre non seulement aux écoles haïtiennes d'avoir un personnel enseignant qualifié en formant des maîtres et d'autres cadres du secteur éducatif, mais aussi d'aider à la formation de ressources humaines en services de santé, en construction, etc. (Pierre, 2010).

Cependant, selon nous, pour arriver à une amélioration de ce système, il faudrait d'abord le repenser dans le cadre d'un projet de scolarisation universelle qui intègre la réalité socioculturelle du peuple haïtien. D'ailleurs, c'est un peuple qui accorde beaucoup d'importance à l'éducation puisque, malgré la quasi-absence de l'État, les parents payent près de 85 % du coût de l'éducation (Joint, 2006), et ce, pour se retrouver dans une situation d'exclusion. Dans cette logique, il faudrait créer une dynamique de valorisation du créole, en l'intégrant comme langue d'enseignement reconnue et en l'appliquant aux différents échelons du système. Cela limiterait le rapport de domination qui existe entre les deux langues. Le français pourrait être présenté comme langue d'appui, puisqu'il n'y a pas encore assez de productions écrites en langue créole et que le français représente tout

de même une opportunité intéressante dans le contexte actuel de globalisation.

Le travail social aurait également un rôle à jouer en impliquant l'éducation dans sa stratégie de transformation sociale en Haïti en vue de réduire les inégalités socioéconomiques. Le travail social scolaire serait un champ à développer pour avoir une implication d'emblée de la profession dans le système. Cela pourrait favoriser la réalisation de recherches et le développement de pratiques au bénéfice d'un système beaucoup moins injuste et moins exclusif. Une pratique de partenariat entre les milieux scolaires et les communautés pourrait jouer un rôle déterminant permettant d'aider à une meilleure adaptation des écoles à la réalité socioculturelle de la population. À partir de cela, une refonte de l'organisation et de la qualité de l'enseignement serait possible selon un objectif qui tienne compte des véritables intérêts de la masse populaire et de la paysannerie haïtienne.

#### Descripteurs :

Système d'enseignement - Haïti - Histoire // Jeunesse - Haïti // Exclusion sociale // Service social - Étude et enseignement (Supérieur) - Haïti  
Instructional systems - Haiti - History // Youth - Haiti // Marginality, Social // Social service - Study and teaching

#### Références

- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals, capabilities and health promotion: How social inequalities may become health inequalities, *Social Science and Medicine*, (74), 236-244.
- Aide et Action (2005). Analyse de contexte pour un plan stratégique-pays, programme Haïti. [www.doc-aea.aide-et-action.org](http://www.doc-aea.aide-et-action.org).
- Adrien, M. C. (2011). État des lieux des Organisations communautaires de base (OCB) dans les départements du Centre, Nord et Nord-Est. Rapport du Programme d'Appui au Renforcement de la Société Civile en Haïti. [www.bonfedhaiti.org](http://www.bonfedhaiti.org).
- Anderson, L., et Snow, A. D. (2001). L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique, *Sociologie et sociétés*, 33 (2), 13-27.
- Bowlby, G. (2005). Taux de décrochage provinciaux – Tendances et conséquences, *Questions d'éducation*, 2 (4). <http://www.statcan.gc.ca>.
- Bourdieu, P. (1986). Habitus, code et codification, *Actes de la recherche en sciences sociales*, (64), 40-44.
- Boumard, P., et Bouvet, R. (2007). La Société européenne d'ethnographie de l'éducation. Histoire et enjeux, *Ethnologie française*, 37 (4), 689-697.
- Casimir, J. (2000). La suppression de la culture africaine dans l'histoire d'Haïti. *Socio-anthropologie*, (8), [www.socio-anthropologie.revues.org](http://www.socio-anthropologie.revues.org).
- Casimir, J. (2001). *La culture opprimée*. Delmas, Haiti : Impr. Lakay.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation, *Cahiers de recherche sociologique*, (22), 11-27.
- Castel, R. (1995). Les pièges de l'exclusion, *Lien social et politique*, (34), 13-21.
- Coulangeon, P. (2004). Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie : le modèle de la distinction est-il (vraiment) obsolète? *Sociologie et sociétés*, 36 (1), 59-85.
- De Robertis, C. (2009). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris : Bayard.
- Descamps, D. (2003). *Enfants maltraités : parcours résilients*. Mémoire en sociologie, Bordeaux : Université Victor Segalen – Bordeaux 2.
- Deslauriers, J., et Hurtubise, Y. (2010). *Introduction au travail social*. Québec : Les presses de l'Université de Laval.
- Dorvilier, F. (2010). *Les causes de la crise de la transition démographique en Haïti : une analyse néo-institutionnelle*. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain. [www.uclouvain.be/cps/ucl/doc](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc).

- François, P. E. (2009). *Système éducatif et abandon social en Haïti. Cas des enfants et des jeunes de la rue*. Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation. Paris : Université de Paris 10 Nanterre.
- Fonds des Nations Unies pour la Population et Haïti (2010). *La jeunesse en chiffres*. www.unfpa-haiti.org.
- Forquin, J. (2002), et Bourdieu, P. (1930-2002), *Revue française de pédagogie*, (139), 177-178.
- Gainot, B. (2005). Toussaint Louverture et l'indépendance d'Haïti, *Annales historiques de la Révolution française*, (340), 195-197. www.ahrf.revues.org.
- Gauthier, B. (2010), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Guindon, G. (2002). L'éducation populaire : un outil essentiel à la démocratisation du social, *Lien social et Politiques*, (48), 167-178.
- Groupe de Travail sur l'Éducation et la Formation (2010). *Pour un Pacte national pour l'Éducation en Haïti*. Rapport au président de la République. www.planipolis.iiep.unesco.org.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Information (2013). *Le 4<sup>ième</sup> Recensement Général de la Population de l'Habitat (Résultats RGPH 2003)*. www.ihsi.ht/documents.htm. Extrait le 9 avril 2013.
- Joint, L.-A. (2006). *Système éducatif et inégalités sociales en Haïti*. Paris : Éditions L'harmattan.
- Jouthe, E. et coll. (2005). *Le travail social à l'Université d'État d'Haïti et à l'Université du Québec à Montréal*. Cahiers du Larepps, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée ou l'analyse stigmatique revisitée, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1 (5), 183-199.
- Lamaute-Brisson, N., Jadotte, J. et Lubin, I. (2005). *Éducation et Pauvreté en Haïti*. Ministère de la Planification et de la Coopération externe. www.mpce.gouv.ht.
- Lamoureux, H. (2010). *La pratique de l'action communautaire autonome*. Presses de l'Université du Québec.
- Levy, M. (2002). *Comment réduire pauvreté et inégalités*. Paris : Éditions Karthala.
- Ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle de la République d'Haïti (2007). *La stratégie nationale d'action pour l'éducation pour tous*. www.planipolis.iiep.unesco.org.
- Ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports (2004). *Le développement de l'éducation. Rapport national d'Haïti*. www.ibe.unesco.org.
- Ministère de la Planification et de la Coopération externe (2005). *État des lieux des savoirs sur la Pauvreté en Haïti des années 70 à nos jours*. www.mpce.gouv.ht.
- Moreau, M. (1987). L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle, *Service social*, 36 (2-3), 227-247.
- Paulo, C. (2006). *Inégalités de mobilités : disparité des revenus, hétérogénéité des effets*. Thèse de doctorat en Sciences économiques. Lyon : Université Lumière Lyon II.
- Pierre, S. (2010). *Construction d'une Haïti nouvelle*. Montréal : Presses internationales, Polytechnique.
- Poupeau, F., et Discepolo, T. (2002). Éducation et domination, *Inter : Art actuel*, 46-47.
- Racine, S. (2007). Un tour d'horizon de l'exclusion, *Service social*, 53 (1), 91-108.
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2013). *Apprentissage – Décrochage scolaire*. www4.hrsdc.gc.ca. Extrait le 12 février 2013.
- UNESCO (2008). *Tendances récentes et situation actuelle de l'éducation et de la formation des adultes (EdFoA)*. Rapport national de la République d'Haïti. www.unesco.org.
- Van de Sande, A., Beauvolsk, M.-A., et Renault, G. (2002). *Le travail social : théories et pratiques*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Winkin, Y. (1984). Entretien avec Erving Goffman, *Actes de la recherche en sciences sociales*, (54), 85-87.

# Les enjeux de la cohabitation entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante<sup>1</sup>

par

Céline Spira, T.S.

Courriel : celine.spira.csssnq@sss.gouv.qc.ca

Résultats d'une recherche qualitative menée dans le cadre de la maîtrise en service social auprès de six (6) familles de la région de Québec vivant de la cohabitation intergénérationnelle. Bénéfices et inconvénients escomptés et réels.

Results of a qualitative study (Master's degree in social work program) with six families of the Quebec City area, living in multigenerational housing. Expected and real benefits and problems.

Cet article traite d'une étude sur la cohabitation intergénérationnelle, sujet pour lequel les écrits scientifiques présentent un caractère restreint, notamment dans le champ du travail social. Les articles scientifiques portant sur la cohabitation entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante, au Québec ou ailleurs, sont peu nombreux. De tracer un portrait d'enjeux associés à ce mode résidentiel constitue un aspect intéressant pour la pratique en matière d'intervention auprès des familles interpellées par cette avenue. Les familles optant pour cette solution pourraient être plus nombreuses dans une population où l'âge moyen augmente. Or, la cohabitation est un mode de vie peu connu des intervenants sociaux.

Le vieillissement de la population représente l'un des défis majeurs auxquels les sociétés occidentales doivent actuellement faire face. Divers enjeux sociaux découlent de ce changement démographique, dont la reconnaissance de la participation sociale des personnes vieillissantes et leur maintien dans un milieu de vie qui leur assure l'accès aux services dont elles ont besoin. Il s'agit de deux phénomènes interdépendants dans la mesure où le milieu de vie a une incidence sur les occasions de participation sociale auxquelles les personnes âgées ont accès.

La recherche présentée dans le présent écrit est guidée par la question suivante : quels sont les enjeux associés à la cohabitation intergénérationnelle entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante? L'article commence par un état des connaissances sur le sujet. Par la suite, le cadre conceptuel et la méthodologie de la recherche sont présentés. Viennent alors les résultats, suivis de la discussion. Quelques pistes d'intervention terminent cet écrit. Dans la perspective du travail social, l'accent est mis sur la relation entre l'individu et son environnement. Le travailleur social peut jouer un rôle actif dans la place faite aux solidarités intergénérationnelles en accompagnant les personnes qui souhaitent actualiser une cohabitation intergénérationnelle. Il peut également sensibiliser la population sur le sujet en contribuant à la démystification de ce mode résidentiel.

État des connaissances sur la cohabitation intergénérationnelle

À l'instar de ce qui s'observe dans l'ensemble des sociétés industrielles, l'ampleur du taux des personnes âgées au sein de la population québécoise soulève des inquiétudes tant parmi la population que chez les gestionnaires des programmes publics. En 2009, 15 % de la population québécoise était âgée de 65 ans ou plus (Conseil des aînés, 2007; Gouvernement du Québec, 2009). En 2021, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter plus de 20 % de la population québécoise (Lavoie, Guberman et Olazabal, 2008). Le vieillissement de la population est un enjeu d'autant plus complexe que les besoins des aînés sont diversifiés et leurs aspirations variées (Tassé, 2002). L'une des aspirations majeures des personnes

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 94-104.

âgées est leur désir de maintenir leur contribution à la société. Elles désirent participer à des activités « qui font bénéficier leurs proches ou leur communauté de leurs compétences, de leurs expériences et de leur temps » (Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny, 2008 : VII).

L'implication au sein de relations intergénérationnelles avec les proches représente l'une des sphères potentielles de la participation sociale. Pour Wolff et Attias-Donfut (2007 : 118), « la vision économique de la famille consacre indéniablement des relations entre les générations caractérisées par des transferts pluriels et soutenus ». Cependant, malgré l'apport potentiel des personnes vieillissantes dans les échanges sociaux, il arrive un moment où la santé décline, ce qui entraîne un besoin de soutien. Le maintien de la personne vieillissante en perte d'autonomie dans son milieu naturel devient alors un enjeu pour elle-même et pour ses proches, car les proches aidants accomplissent entre 70 % et 85 % des soins dispensés à domicile aux personnes âgées (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008).

La cohabitation intergénérationnelle est une forme d'habitation qui peut faciliter le maintien des personnes aînées dans leur milieu et augmenter les occasions de participation sociale qui y sont offertes (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008). Au Québec, la cohabitation intergénérationnelle est un arrangement résidentiel qui apparaît peu courant (Boulianne, 2005), même s'il y a quelques décennies, le partage d'un lieu d'habitation intergénérationnel était fréquent (Fortin, 1987). Il n'existe aucune donnée contemporaine précise sur le nombre de ménages ou de personnes qui vivent en corésidence. Néanmoins, certains indicateurs sont disponibles. Selon les données de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada (2003), en 2001, environ 4 % des Canadiens habitaient dans un ménage composé d'au moins trois générations (grands-parents, parents et petits-enfants). Ce type de cohabitation se retrouvait principalement en Colombie-Britannique (4,9 %) et en Ontario (4,8 %) et, dans une plus faible proportion, au Québec (1,6 %). L'immigration plus prononcée dans ces deux provinces pourrait expliquer ces résultats, étant donné que les ménages multigénérationnels représentent un mode de vie plus courant dans plusieurs cultures migrantes.

La diversité des résultats en ce qui a trait aux caractéristiques des personnes qui vivent en cohabitation fait en sorte qu'il est difficile d'en établir un portrait type. Néanmoins, les femmes des deux générations semblent plus concernées par ce mode résidentiel (Boulianne, 2005). Cette situation s'expliquerait, entre autres, par le fait que le veuvage se conjugue davantage au féminin et que les femmes possèdent des ressources financières moindres que les hommes (Yount, 2009).

Avant d'opter pour la cohabitation intergénérationnelle, le processus décisionnel menant à ce choix peut s'échelonner sur plusieurs années. Selon Boulianne (2004 : 26), « cette étape est sans aucun doute la plus longue et la plus ardue dans l'ensemble du processus ». Les perceptions sociales sur les avantages et les inconvénients de ce mode résidentiel contribuent à complexifier ce cheminement décisionnel. De fait, il existe des opinions positives et négatives sur cette réalité, et bien que les perceptions varient selon les générations, les opinions négatives sont plus répandues. Elles se rapportent aux problèmes associés à la vie commune et au manque d'espace. Quant à l'idée positive la plus courante, elle consiste à penser que les grands-parents peuvent s'occuper des petits-enfants. D'autres bénéfiques sont également escomptés. Ils touchent différentes sphères : aspect économique, rapports affectifs, aide fonctionnelle, droits et obligations envers des parents vieillissants et désir d'aider les jeunes familles à accéder à la propriété privée (Boulianne, 2004; Choi 2003 et Yount, 2009). Si ces informations font ressortir que la décision de choisir la cohabitation est complexe, elles permettent également d'avancer que ce mode d'habitation comporte plusieurs enjeux, ce qui constitue le sujet de notre étude dont nous allons maintenant présenter le cadre conceptuel.

### **Cadre conceptuel**

Dans le cadre de la présente recherche, la théorie de l'échange social est la perspective théorique privilégiée pour cerner le processus qui conduit à s'engager dans une expérience de cohabitation intergénérationnelle et à s'y maintenir ou à s'en retirer. Cette théorie s'appuie sur le principe que l'être humain choisit les comportements sociaux les plus susceptibles de répondre à ses intérêts (Chibucos et

Leite, 2005). Selon l'un des principaux postulats de base de cette conception des interactions sociales, les individus sont des êtres rationnels évaluant, à l'aide des informations disponibles, les coûts et les bénéfices générés par les échanges sociaux. Une place importante est donc accordée aux rouages de la prise de décision et aux résultats en découlant. Un second postulat central définit les relations interpersonnelles comme la recherche de profits ou de bénéfices pouvant être obtenus dans une situation donnée pour combler les besoins individuels. Les êtres humains cherchent donc à répondre à leur intérêt par l'entremise de leurs échanges sociaux. La notion d'intérêt inclut notamment la satisfaction de besoins personnels. Pour la présente étude, la théorie de l'échange social nous apparaît offrir un cadre conceptuel pertinent pour l'analyse des relations interpersonnelles au sein de la micro structure sociale que constitue la cohabitation intergénérationnelle.

Appliquée à ce mode résidentiel, la théorie de l'échange social permet d'avancer que les personnes optant pour le partage d'un même toit estiment que les avantages dépassent les inconvénients. À l'aide d'un niveau de comparaison, établi selon des critères personnels, les personnes évaluent les coûts et les bénéfices de la cohabitation intergénérationnelle, tant sur le plan des relations interpersonnelles que d'autres enjeux. Dans cette évaluation, la réciprocité joue un rôle important. En effet, le soutien intergénérationnel à la base de ce mode d'habitation s'établit sur des normes de réciprocité, un élément essentiel des échanges sociaux. Pour que les relations interpersonnelles soient satisfaisantes, les acteurs impliqués dans un échange social s'attendent à un retour équitable.

## Méthodologie

Les écrits sur l'expérience de familles qui vivent une cohabitation intergénérationnelle comprenant des parents vieillissants et des membres de la génération descendante présentent un caractère restreint. Ainsi, il est apparu pertinent d'opter pour un type de recherche descriptif qui s'attarde à « la question des mécanismes et des acteurs » (Deslauriers et Kérisit, 1997 : 88). La recherche descriptive procure des informations contextuelles qui

peuvent par la suite servir de référence à des recherches explicatives plus approfondies. Elle s'appuie sur des méthodes qualitatives dont l'objectif est de mettre en lumière l'expérience personnelle. Les données de cette étude ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

### *Description des participants et de l'échantillon.*

Dans le cadre de ce projet d'étude sur un mode résidentiel peu usuel et diversifié, l'échantillon est de type intentionnel et sa constitution basée sur le contraste quant au type de cohabitation. Il est formé de six familles de la région de Québec au sein desquelles un membre de chaque génération impliquée dans la cohabitation a été rencontré, pour un total de douze entrevues. Dans chaque famille, un parent vieillissant et un membre de la génération descendante ont été rencontrés individuellement. La proportion de familles ascendants/descendants binôme est de 100 %.

Les répondantes des ménages cadets (six femmes) sont âgées de 25 ans à 59 ans et l'âge des personnes aînées (quatre femmes et deux hommes) rencontrées varie de 53 ans à 91 ans. Toutes les personnes sont d'origine québécoise. Aucun membre de ces familles ne présente de déficits cognitifs majeurs. Elles expérimentent ce mode d'habitation depuis des périodes très variables allant de quelques mois à presque trois décennies. Elles vivent toutes dans des maisons unifamiliales dans lesquelles se retrouve, sauf dans une situation, un appartement accessoire, soit un logement autonome intégré à une maison unifamiliale (SCHL, 2004). Dans le langage courant, l'appellation « maison bigénérationnelle » est davantage utilisée.

### *Description des procédures*

Le recrutement des répondants fut effectué en octobre 2010 par des annonces dans les réseaux d'information de l'Université Laval et dans des organismes qui soutiennent les aînés. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval. La sélection des personnes rencontrées s'est appuyée sur les critères suivants : 1) des adultes (18 ans et plus) qui vivent une cohabitation intergénérationnelle dans une même habitation ou dans une maison unifamiliale avec un logement autonome annexé; 2) ces adultes sont un parent

vieillissant du ménage aîné ou un membre du ménage cadet (des personnes ayant vécu une cohabitation intergénérationnelle qui était maintenant terminée pouvaient également être admissibles, mais cette corésidence devait avoir pris fin il y a moins de 12 mois); enfin, afin d'obtenir le portrait le plus global possible de la réalité intergénérationnelle, une personne des deux générations devait accepter de participer à la recherche. Pour cette recherche, le terme « ménage » renvoie aux membres d'une cellule familiale générationnelle. Le ménage aîné est la génération ascendante et le ménage cadet est la génération descendante (Boulianne, 2004).

*Description des méthodes d'analyse.* Aux fins de ce projet de recherche, la méthode de collecte de données privilégiée a été l'entrevue semi-dirigée. Ce choix présente l'avantage d'un équilibre entre la recherche d'une certaine profondeur et la volonté de laisser un bon degré de liberté aux répondants. Les entrevues ont été balisées par un guide d'entrevue qui visait à souligner les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle entre un parent âgé et des membres de la génération descendante. Certains enjeux avec lesquels composent les familles ont été placés en quatre sous-thèmes : 1) les bénéfices escomptés et réels tant pour le ménage aîné que pour le ménage cadet; 2) le soutien au parent âgé et les solidarités intergénérationnelles; 3) l'occupation de l'espace; et 4) les facteurs facilitant la cohabitation intergénérationnelle. Les deux derniers sous-thèmes font partie de l'étude, mais ne sont pas abordés dans le présent écrit. Ils font l'objet d'une autre publication<sup>2</sup>.

Les douze entrevues individuelles se sont tenues au domicile des personnes rencontrées, à l'exception d'un entretien qui s'est déroulé sur le lieu de travail de la participante. La durée des entrevues s'est échelonnée entre 50 et 90 minutes. Elles ont fait l'objet d'un enregistrement sonore avec le consentement des personnes concernées. Ce sont les propos recueillis qui ont été traités pour tracer un portrait de leur réalité qui est abordée dans la section suivante.

## Résultats

Les résultats présentés touchent : 1) les bénéfices et inconvénients escomptés; 2) les béné-

ficiés et inconvénients réels; et 3) les solidarités intergénérationnelles. Précisons le sens accordé à la terminologie utilisée dans cet écrit.

« Rapports intergénérationnels » et « relations intergénérationnelles » se rapportent aux liens interpersonnels avec l'autre génération. Les expressions « voisinage intergénérationnel » et « proximité intergénérationnelle » illustrent le fait que des ménages de générations différentes cohabitent. La notion de « Solidarités intergénérationnelles » fait référence à différentes composantes détaillées ultérieurement.

### *Les bénéfices escomptés*

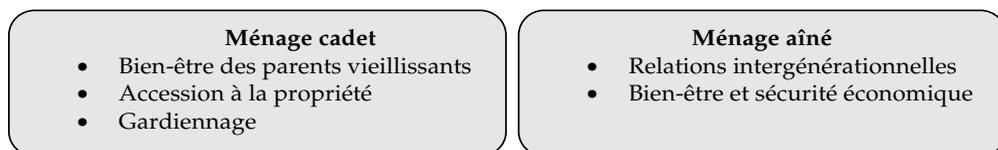
Pour les deux générations, le principal bénéfice escompté est orienté vers l'autre ménage. De manière unanime, les ménages cadets projetaient l'avantage d'assurer un bien-être aux parents vieillissants et ces derniers envisageaient positivement la proximité avec les générations descendantes. Cet aspect inclut la relation grands-parents/petits-enfants dans toutes les familles trigénérationnelles. En ce qui a trait aux avantages unidirectionnels nommés par les ménages cadets, ils touchent à l'accès à la propriété privée et la possibilité de gardiennage. Quant aux aînés, ils estiment la corésidence bénéfique pour leur garantir une vie agréable et sans souci économique.

Une répondante d'un ménage cadet illustre l'importance de permettre à son père de vivre dans un environnement qui réponde à ses intérêts :

« Mon père c'est quelqu'un qui travaille beaucoup le bois et tout ça, et c'était la raison pour laquelle il ne voulait pas partir en foyer de personnes âgées, ce que l'on avait regardé, même si c'était pour les personnes autonomes. Il aime travailler dehors (...) il ne voulait pas être en prison comme il dit. On a fait un tour d'horizon et on en est arrivés à cette décision-là [vivre en cohabitation]. (...) C'était surtout pour lui apporter des bénéfices à lui » (ménage cadet).

Quant à cette répondante aînée, elle exprime un avantage escompté lié à la sécurité alimentaire : « On ne manquerait de rien, on mangerait trois fois par jour en tout cas. Ça, je vais te le dire, c'était un aspect très très important. » (ménage aîné). La figure 1 résume les bénéfices escomptés par les deux générations.

**Figure 1. Bénéfices escomptés**



*Les inconvénients appréhendés*

Tous les ménages cadets appréhendaient des inconvénients à la cohabitation. Certains s'apparentent plutôt à des questionnements, alors que d'autres consistent en de réelles inquiétudes. Les inconvénients appréhendés se rapportent au respect de l'intimité et aux tensions relationnelles – les sujets de désaccords ne sont pas identifiés – ainsi qu'à la responsabilité d'un rôle de proche aidant. Une répondante rapporte un questionnement en lien avec la crainte de vivre un sentiment d'envahissement : « Oui, ça me fatiguait bien gros, qu'ils [parents vieillissants] arriveraient n'importe quand et que l'on n'était pas pour les refuser (...). Il y avait aussi notre intimité sur le terrain. Tu sais, de ne jamais être seule, j'avais peur de ça. » (ménage cadet)

Quant aux ménages aînés, les obstacles envisagés touchent la perte du milieu de vie et les tensions relationnelles. Les craintes des parents vieillissants relatives à des frictions sont liées aux enfants, à l'entretien de la maison et à une discorde générale. Une répondante aînée relate un long processus de réflexion qu'elle et son mari ont eu par rapport au fait de quitter un lieu habité depuis des décennies :

« Elle [sa fille] disait tout le temps : "Si un jour vous voulez, j'aimerais qu'on habite ensemble (...)". Au début, on n'était pas trop trop d'accord. (...) ça nous faisait peur. Je pense que quitter une maison... (moment de silence). Ça faisait 31 ans qu'on était là. Puis, c'est nos amis. Tout en général » (ménage cadet).

Les inconvénients appréhendés sont résumés dans la figure 2.

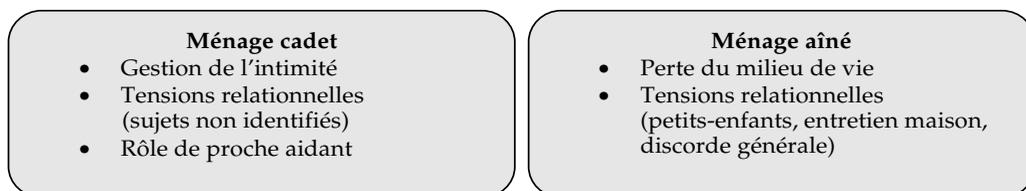
*Les bénéfices réels*

Une fois les familles réunies sous le même toit, elles vivent les bénéfices réels de ce mode résidentiel. Tous les avantages escomptés avant la cohabitation s'actualisent. Les personnes rapportent davantage de bénéfices réels que ceux escomptés. Elles illustrent leur réalité par des exemples plus nuancés que ceux liés à la période précédant la vie commune. À noter qu'une majorité des parents vieillissants sont actifs et en bonne santé. Deux ménages aînés nécessitent plus de soutien de la jeune génération qui doit jouer un rôle de proche aidant. Les personnes âgées sont malgré tout suffisamment autonomes pour vivre seules dans leur espace résidentiel.

Les bénéfices pour les ménages cadets sont le soutien au parent vieillissant, les gains reliés aux relations intergénérationnelles, de même que l'actualisation des valeurs d'entraide et des valeurs familiales. Une répondante raconte les bienfaits du voisinage intergénérationnel pour son fils qui a côtoyé sa grand-mère dès sa naissance :

« Mamie, pour lui [le fils], fait partie intégrante de sa famille. Quand il était petit à l'école et qu'on lui demandait de dessiner sa maison avec des personnages dedans, il faisait toujours une maison à deux étages avec son père, sa mère et lui en haut et Mamie en bas. (...) je pense que c'est le grand avantage que l'on a eu de cette relation-là. C'est la proximité entre les générations. (ménage cadet) »

**Figure 2. Inconvénients appréhendés**



Dans un axe de gains unidirectionnels, la génération descendante bénéficie de la possibilité de devenir propriétaire, du gardiennage et d'un soutien général en cas d'événements difficiles. L'aide est diverse : répit parental soutenu, appui à un couple fragilisé et soutien moral en constituent des exemples.

En ce qui a trait aux avantages soulevés par les parents vieillissants, ils se rapportent à deux grands axes : les relations intergénérationnelles et le bien-être. Concernant le premier, les parents vieillissants soulèvent le plaisir retiré des conversations avec les générations descendantes. Pour le deuxième, les répondants mentionnent le sentiment de sécurité procuré par la présence des proches et l'absence de souci financier, ainsi que la qualité du milieu de vie. Un grand-père estime que les relations intergénérationnelles sont bénéfiques aux deux générations et que de côtoyer de jeunes enfants au quotidien évite de vieillir prématurément : « Il reste que je crois que l'on a besoin l'un de l'autre dans la vie. Ils nous apportent et nous on apporte aussi. (...) Ça garde jeune. Ah oui, je trouve ça en tout cas. (...) Je pense que l'on vieillit moins vite. » (ménage aîné). Quant aux avantages relatifs à la réponse de besoins personnels, ils font référence au bien-être et à la sécurité financière. Une répondante aînée parle d'un sentiment de sécurité procuré par la présence des proches : « Ça me rassure, s'il y a de quoi, ils vont prendre soin de m'envoyer à l'hôpital. Ils vont s'occuper de moi tout de suite. » (ménage aîné). La figure 3 résume les bénéfices réels.

#### *Les inconvénients réels*

Les inconvénients réels de ce mode résidentiel sont semblables à ceux escomptés bien que, parfois, la réalité ait suscité surprise et per-

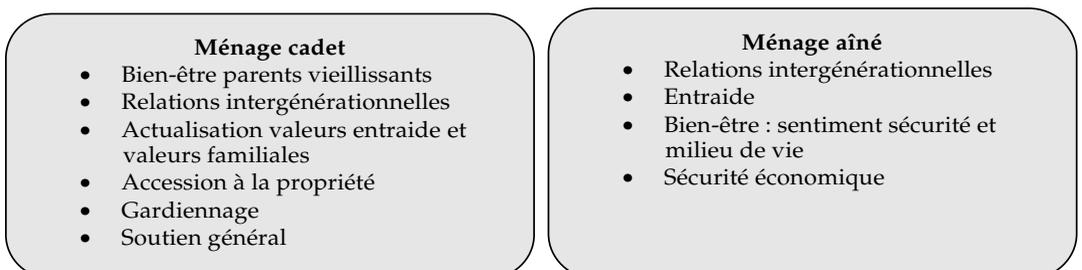
plexité. Les inconvénients s'apparentent majoritairement à des contrariétés, plutôt qu'à des désavantages, même si pour certains ménages la cohabitation engendre des problèmes importants et même des conflits. Les difficultés ne sont pas toujours vécues par les personnes qui les avaient envisagées. Pour les cadets, les zones délicates sont : le respect de l'intimité; une dynamique familiale tendue; l'éducation des enfants; l'entretien de la maison et le jugement extérieur. Une répondante en cohabitation depuis quelques mois fait part d'un inconvénient non anticipé lié à d'éventuelles mises au point avec le beau-père sur l'entretien de la résidence achetée par elle et son conjoint aux parents de ce dernier :

« Il y a une petite crainte qui m'est venue après et que je n'avais pas nécessairement pensée au départ. C'était que la maison était leur maison avant. (...) J'avais peur que si jamais je le voyais faire des choses, de ne pas être capable de lui dire et que là, ça pouvait peut-être causer des frictions. Je me disais : « J'espère que ça ne changera pas notre relation » (ménage cadet).

Pour les aînés, les sujets délicats sont : les tensions relationnelles – dynamique familiale tendue, entretien de la maison et éducation des enfants; les ententes intergénérationnelles – partage des tâches intergénérationnelles et ententes juridiques; l'équité entre les descendants; et la perte du milieu de vie d'origine. Dans une famille, les inconvénients sont majeurs. La vision différente de la notion d'intimité contamine la sphère relationnelle et remet en question la cohabitation. Chaque génération relate cette expérience négative :

« J'ai essayé de lui [à mon père] dire plusieurs fois qu'il me met dans une situation qui est dangereuse pour moi et ma famille. J'ai fait ça

**Figure 3. Bénéfices réels**



pour la famille et là, il va détruire la mienne (pleurs) » (ménage cadet).

Ç'a été un coup de matraque que j'ai eu derrière la tête une fois rendu ici. (...) Ça fait longtemps que je le [son gendre] connais. La première année c'était correct. Après, ç'a viré de bord. Je ne sais pas ce qu'il a eu. (...) C'est comme les portes. S'il [son gendre] avait le goût de les barrer, je n'aurais pas fait faire des portes [portes intérieures entre les deux aires d'habitation]. C'est simple. (...) Il faut que je sorte dehors et je sonne. Les belles histoires... » (ménage aîné).

Les inconvénients réels sont résumés dans la figure 4.

Les bénéfices et les inconvénients de la cohabitation soulevés par les personnes rencontrées tracent un premier portrait de leur réalité. La prochaine section systématise différentes facettes des solidarités intergénérationnelles.

#### *Les solidarités intergénérationnelles*

Les solidarités intergénérationnelles sont examinées selon cinq composantes : associative, affective, consensuelle, fonctionnelle et normative (Centre – Urbanisation Culture Société, 2009; Bengtson et Roberts, 1991; Fleury, Borsenberger, Cassilde et Lorentz, 2011). Parmi la majorité des ménages à l'étude, les solidarités intergénérationnelles sont actives et réciproques et se retrouvent dans différentes sphères. Dans une famille où l'aînée est âgée de 91 ans, la relation entre les ménages constitue davantage un soutien de proche aidant et la solidarité est devenue unidirectionnelle au cours des dernières années. Dans un autre cas, la relation est axée vers le soutien au parent vieillissant, toujours autonome, mais dont la santé est fragilisée.

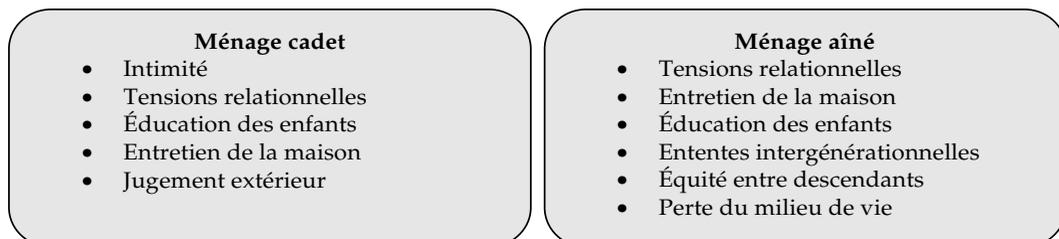
La composante associative renvoie aux types d'activités partagées entre les générations et à

la fréquence des interactions. Les six familles partagent des activités régulières tant sur les plans utilitaires que ludiques (conversations, soirées de jeux de cartes et écoute de la télévision en sont des exemples). Trois familles partagent des repas au moins une fois par semaine. En ce qui a trait aux activités pratiques, toutes les personnes rencontrées ont mentionné l'exécution commune des tâches extérieures saisonnières. Les travaux de rénovation constituent un second type d'activité partagé par les deux générations. Pour certaines familles, ce partage de responsabilités facilite l'accession à la propriété.

La dimension affective concerne les sentiments positifs partagés par les membres des ménages apparentés, tels que l'affection, la complicité et le respect. Elle renvoie également à la réciprocité des sentiments. Lorsque les deux parents vieillissants cohabitent, les liens affectifs apparaissent aussi soutenus avec le père ou le beau-père qu'avec la mère ou la belle-mère. Toutes les familles ont un très bon niveau d'entente, hormis une famille aux prises avec une situation conflictuelle. Concernant les relations par alliance, trois ménages aînés estiment que ces liens s'apparentent parfois à des rapports filiaux.

La composante consensuelle fait référence à la perception de la cohabitation intergénérationnelle entretenue par les membres des familles sous le même toit et par le réseau social. Mentionnons que, dans toutes les familles, la proposition de la cohabitation provient de la génération descendante. Si tous les parents vieillissants escomptaient d'un bon œil ce mode de vie pour vivre une proximité avec les générations descendantes, l'idée de vivre sous le même toit n'a pas été acceptée d'emblée par tous. Par ailleurs, la réaction du réseau social est généralement défavorable, même si certains

**Figure 4. Inconvénients réels**



estiment ce choix de vie généreux et bénéfique. Les inquiétudes entendues sont liées principalement aux mésententes interpersonnelles et au rôle de proche aidant si les capacités des parents vieillissants diminuent.

La composante fonctionnelle touche aux échanges intergénérationnels reliés à des services pratiques ou à du soutien moral et matériel. Dans la vie quotidienne des familles, les solidarités informelles entre les générations se rapportent principalement aux repas, à la santé et à l'administration. La sphère des repas – achats, préparation, manger ensemble, prêt d'accessoires – occupe une large place dans les solidarités domestiques. Celles-ci sont réciproques ou unidirectionnelles.

La composante normative renvoie au sentiment d'obligation filiale et aux rôles familiaux. Quatre répondantes nomment explicitement ce sentiment d'obligation filiale. Parfois, la reconnaissance motive cette volonté d'être redevable à leurs parents. Six répondants parlent précisément des rôles familiaux. Les personnes âgées s'attendent uniquement au rôle grand parental, tandis que la génération descendante évoque un spectre plus large de leur rôle : responsabilité en tant qu'enfant; rang occupé dans la fratrie; importance de favoriser la participation des aînés ou encore rôle de proche aidant.

### Limites

Au terme de ce projet, il convient de relever quelques limites. Premièrement, la taille restreinte de l'échantillon implique que les données obtenues ne peuvent être considérées comme représentatives de la réalité de l'ensemble des familles qui vivent en cohabitation. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés avec prudence. En outre, à l'exception d'un cas, l'échantillon est constitué de familles pour lesquelles la cohabitation représente un mode de vie satisfaisant. Il est donc possible que le portrait relativement positif tracé par les personnes rencontrées soit légèrement biaisé. De plus, l'échantillon peut présenter une certaine homogénéité puisque tous les répondants ont été recrutés par le biais de l'Université Laval. Par ailleurs, le fait qu'il y ait une surreprésentation des femmes dans la génération descendante constitue une limite. Le point de vue masculin n'est pas traité. Le mode de fonctionnement des hommes et leurs attentes peuvent

différer de celui des femmes. Par ailleurs, la surreprésentation féminine est une réalité cohérente avec ce qui a été relevé dans la recension des écrits. La cohabitation se conjugue souvent au féminin (Boulianne, 2005). Une autre limite concerne la désirabilité sociale. En effet, étant donné que les entrevues furent réalisées avec un membre du ménage aîné et un membre du ménage cadet de la même famille, l'éventualité que les participants aient filtré certaines réponses doit être considérée. Parfois, une certaine réserve se faisait sentir lors de témoignages d'aspects plus délicats. Il est possible de penser que la personne craignait que l'autre membre de la famille se reconnaisse dans les résultats de la recherche, et ce, malgré des rencontres individuelles et l'assurance de la confidentialité des propos. Dans un autre registre, le peu d'études scientifiques sur la cohabitation intergénérationnelle en contexte nord-américain rend difficile la comparaison des résultats de la présente recherche.

### Discussion

Les enjeux de la cohabitation renvoient à des sphères variées, dont l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour les personnes qui vivent sous le même toit et l'actualisation des relations intergénérationnelles. Selon la théorie de l'échange social, l'être humain opte pour des comportements sociaux qui peuvent répondre à ses intérêts. Il est possible d'avancer que les personnes qui s'engagent à vivre en cohabitation intergénérationnelle estiment pouvoir retirer plus d'avantages que d'inconvénients de ce mode résidentiel. Les données de cette recherche vont en ce sens; pour les familles à l'étude, les bénéfices surpassent les désavantages, qui sont généralement des éléments d'inconfort auxquels il est possible d'apporter des ajustements. Ce constat correspond aux résultats de Boulianne (2004, 2005, 2010). Les avantages et les inconvénients relevés sont également cohérents avec la recension des écrits.

Les bénéfices retirés de la cohabitation proviennent notamment des solidarités familiales. Ces dernières sont majoritairement réciproques et portent tant sur la dimension affective que sur la sphère utilitaire. Il ressort que les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle sont davantage associés aux relations interperson-

nelles entre les membres des ménages qui cohabitent, qu'entre ces ménages et leur réseau familial et social. L'équilibre entre le désir d'actualiser des solidarités familiales et le souhait de préserver un espace de vie personnelle constitue un aspect central de la cohabitation. Ainsi, la qualité du lien affectif entre les générations est particulièrement importante et constitue un enjeu. Ce dernier sera abordé plus amplement dans les lignes qui suivent étant donné son importance pour la réussite d'une cohabitation harmonieuse.

Si la composante affective génère des relations intergénérationnelles dynamiques apportant un soutien, elle devient parfois un élément délicat alors que la notion d'intimité diffère chez les personnes qui partagent un même toit. La frontière entre le plaisir de côtoyer quotidiennement un ménage apparenté et le sentiment d'envahissement est parfois difficile à cerner. La conception des espaces communs et privés constitue un aspect fondamental de la cohabitation. À l'instar des observations de Boulianne (2004), l'intimité des familles à l'étude occupe une place centrale dans les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle. Pour la génération descendante, le manque d'intimité représente parfois un désagrément, même si les ménages aînés sont très conscients de l'importance de préserver l'espace du jeune ménage – les laisser entre eux et ne pas les déranger – et de ne pas s'immiscer dans leurs décisions, tant conjugales que parentales. La gestion des lieux privés et communs peut entacher les relations intergénérationnelles. Or, la sphère affective revêt une importance particulière, puisque les bénéfiques de la cohabitation sont orientés essentiellement vers l'autre génération; soit le bien-être des parents vieillissants et les relations intergénérationnelles. Advenant une dynamique relationnelle problématique entre les ménages, les personnes impliquées peuvent estimer le coût affectif de la cohabitation trop élevé, particulièrement dans le cas des jeunes ménages. Boulianne (2004 : 17) souligne que « la cohabitation intergénérationnelle est particulièrement aidante pour les membres des ménages de la génération descendante. Elle assure une plus grande proximité de leur parentèle, et donc plus d'aide, d'entraide et de sécurité pour les parents vieillissants ». Dans un climat relationnel tendu, les cadets peuvent

estimer la cohabitation trop onéreuse affectivement comparativement aux bénéfiques retirés, alors que les aînés peuvent juger que les bénéfiques en leur faveur compensent le prix émotif exigé. En effet, ces derniers ont plus à perdre que les cadets de la fin de la coresidence. Cette analyse de l'enjeu lié à la composante affective illustre la complexité des questionnements que suscite le choix de vivre en cohabitation intergénérationnelle.

Tout en tenant compte des limites de cette recherche, les données recueillies indiquent que la cohabitation intergénérationnelle offre des avantages sur plusieurs plans, malgré les contraintes associées au partage d'un même toit avec un ménage apparenté. Or, cette modalité résidentielle représente un choix de vie peu courant dans le contexte québécois. Différentes réalités sociales pourraient inciter plus de familles à opter pour ce mode résidentiel. Le vieillissement de la population, la modification des structures familiales, l'immigration, la précarité de l'emploi et la surenchère économique du marché immobilier en constituent des exemples. De surcroît, les échanges intergénérationnels favorisent une participation sociale des personnes concernées, source de bénéfices divers. Somme toute, s'engager dans une cohabitation avec un ménage apparenté est un choix dont les implications nécessitent une réflexion afin de s'assurer de pouvoir composer avec ses exigences.

### **Pistes d'intervention**

L'intervention psychosociale est un champ professionnel aux multiples facettes. La sphère de la participation sociale forme une branche de ce vaste secteur et vise différents objectifs, dont celui de favoriser un vieillissement en santé (Raymond et al., 2008). Les solidarités familiales intergénérationnelles vécues au sein de la cohabitation constituent une ramification de la participation sociale. Les résultats de cette étude soulèvent des gains positifs sur plusieurs plans – affectif, pratique, financier – pour les ménages âgés impliqués dans ces échanges familiaux. Il serait intéressant que les intervenants les connaissent mieux. De surcroît, parce que le milieu de l'intervention peut être appelé à intervenir auprès de personnes aux prises avec des difficultés propres à la cohabitation, il apparaît pertinent de sensibiliser les inter-

venants sociaux et médicaux aux enjeux de ce mode résidentiel. Méconnu, ce choix de vie peut susciter des réactions empreintes de scepticisme dans le réseau social des familles concernées. Lorsqu'une personne vit une situation conflictuelle, l'isolement la guette. D'un côté, sa réalité résidentielle est peu connue et de l'autre, elle peut éprouver des difficultés à se confier à son réseau de proximité puisqu'il peut désapprouver ce choix. Un intervenant sensibilisé à la réalité de la cohabitation peut être aux aguets de cet isolement.

Cette avancée sociale doit également se réaliser sur le plan des politiques gouvernementales. Guider et soutenir les familles qui désirent vivre en cohabitation intergénérationnelle peut faciliter leur démarche et prévenir certains écueils. Ces difficultés peuvent survenir pendant la phase précédant la vie commune ou lorsque les ménages sont réunis sous le même toit. Les familles doivent recevoir les informations techniques nécessaires, mais également du soutien lorsque surgissent des problèmes personnels relatifs à la vie en cohabitation. L'une des difficultés potentielles concerne le soutien à domicile du parent âgé en perte de capacités. Des mesures de soutien suffisantes doivent être octroyées aux ménages cadets qui deviennent des proches aidants. Dans un autre registre, adapter les normes d'habitation à la réalité de la cohabitation intergénérationnelle permettrait à plus de familles de se tourner vers ce mode résidentiel. Actuellement, l'aménagement d'un appartement accessoire ou l'agrandissement de la résidence sont parfois restreints par les règlements municipaux.

### **Conclusion**

Selon les résultats de la recherche, les deux générations bénéficient de la coresidence. Les ménages cadets retirent des gains reliés au soutien aux parents vieillissants, aux relations intergénérationnelles et à l'actualisation des valeurs d'entraide et des valeurs familiales. En outre, ils bénéficient de l'accession à la propriété, du gardiennage et d'un soutien général en cas d'événements difficiles. Quant aux parents vieillissants, les avantages sont liés aux relations intergénérationnelles, au bien-être et à la sécurité économique. Si la cohabitation constitue un mode de vie profitable pour la majorité des familles rencontrées, elle comporte

des défis de part et d'autre. Ces défis s'apparentent toutefois plus à des contrariétés qu'à des obstacles majeurs, même si, pour certains ménages, la cohabitation engendre des problèmes importants et même des conflits.

Les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle sont essentiellement associés aux relations interpersonnelles, tant avec les membres du ménage apparenté qu'avec le réseau familial et social. L'équilibre entre le désir d'actualiser des solidarités familiales et le souhait de préserver un espace de vie privée constitue l'aspect central de la cohabitation. D'autres enjeux sont également présents : préservation de l'intimité, gestion commune de l'entretien extérieur, sentiment d'obligation de soutien et impression de marginalité par ce choix d'un mode de vie peu courant au Québec.

Cette recherche alimente les connaissances pour la pratique du travail social qui peut jouer un rôle significatif d'accompagnement des familles envisageant la cohabitation intergénérationnelle. Les familles peuvent être guidées dans le processus décisionnel, aidées à établir les règles de vie ou soutenues dans la gestion de conflits. En outre, le soutien à domicile du ménage aîné en perte d'autonomie comporte des défis propres au champ du travail social. Par ailleurs, le travail social peut valoriser l'une des composantes de la participation sociale des personnes vieillissantes qui est leur apport à leurs proches, tant sur le plan de leurs compétences que de leur disponibilité. Comme le travail social se distingue par sa préoccupation de la relation entre les personnes et leur environnement, les données de cette étude permettent une sensibilisation aux enjeux vécus par les personnes qui évoluent dans un environnement résidentiel intergénérationnel. La pratique du travail social gagne à s'intéresser à ce mode résidentiel. Étudier la réalité du proche aidant dans un contexte de cohabitation présente une avenue de recherche à approfondir.

### **Descripteurs :**

Personnes âgées - Logement // Vieillesse de la population - Québec (Province) // Cohabitation intergénérationnelle

Elderly - Housing // Aging population - Quebec (Province) // Intergenerational living arrangement

## Notes

- 1 Recherche menée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en service social à l'Université Laval (2011) sous la direction de Daniel Turcotte, professeur titulaire, École de service social, Université Laval. Projet de recherche soutenu financièrement par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et par le Fonds Nicolas et Suzanne Zay.
- 2 Spira, C. (2013). Solidarités intergénérationnelles en matière d'habitation : un pensez-y-bien! *Vie et vieillissement*, volume 10, no 3.

## Références

- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction, *Journal of Marriage and Family*, 53 (4), 856-870.
- Boulianne, M. (2004). *Cohabitation intergénérationnelle et logement supplémentaire dans les banlieues de Québec : projets de familles et règles d'urbanisme*. Cahiers du CRISES.
- Boulianne, M. (2005). La cohabitation intergénérationnelle, le genre et la parenté au Québec, *Recherches féministes*, 18 (1), 25-47.
- Boulianne, M. (2010, mai). *La cohabitation intergénérationnelle à l'épreuve du temps : trajectoires et expériences familiales dans les banlieues de Québec*. Communication présentée au 78<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Montréal, Québec.
- Centre – Urbanisation Culture Société. Institut national de la recherche scientifique. Partenariat Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles (2009). *Pour agir : comprendre les solidarités familiales. La recherche : un outil indispensable*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Chibucos, T. R., & Leite, W. R. (2005). *Readings in Family Theory*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Choi, G. N. (2003). Coresidence between unmarried aging parents and their adult children: who moved in with whom and why? *Research on Aging*, 25 (4), 384-404.
- Conseil des aînés (2007). *La réalité des aînés québécois*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Deslauriers, J.-P., et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 85-111. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Fleury, C., Borsenberger, M., Cassilde, S., et Lorentz, N. (2011). Solidarités intergénérationnelles. Le cas de la génération pivot, *Working Paper 2011-015 (January)*, CEPS/Instead.
- Fortin, A. (1987). La famille ouvrière d'autrefois *Recherches sociographiques*, 28 (2-3), 273-294.
- Gouvernement du Québec (2009). Population par année d'âge et par sexe, Québec, 1<sup>er</sup> juillet 2009. Québec : Institut de la statistique du Québec. En ligne [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc\\_popplt/201\\_09.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_popplt/201_09.htm), consulté le 14 février 2010.
- Lavoie, J. P., Guberman, N., et Olazabal, I. (2008). Une vieillesse en transition. Les solidarités intergénérationnelles en 2020, dans G. Pronovost, C. Dumont et I. Bitaudeau (Eds.), *La famille à l'horizon 2020* : 269-286. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Préparons l'avenir avec nos aînés*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé*. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 pages.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) (2004). Cohabitation intergénérationnelle et appartements accessoires : avantages et inconvénients, *Actualité habitation*, 7 (2), 2.
- Statistique Canada (2003, hiver). Les liens entre les générations : grands-parents et petits-enfants, *Tendances sociales canadiennes*, 11-008 au catalogue.
- Tassé, L. (2002). La solidarité sociale et les liens intergénérationnels : notes de recherche, *Nouvelles pratiques sociales*, 15 (1), 200-211.
- Wolff, F. C., et Attias-Donfut, C. (2007). Les comportements de transferts intergénérationnels en Europe, *Économie et statistiques*, 403-404, 117-141.
- Yount, K. M. (2009). Gender and intergenerational co-residence in Egypt and Tunisia, *Population Research and Policy Review*, 28, 616-640.

# Les naissances médicalement et socialement difficiles en milieu hospitalier : évaluer selon un modèle d'intervention de crise

par

Laure-Élina Bénard, T.S.

CHU Sainte-Justine

Courriel : laure-elina.benard.hsj@ssss.gouv.qc.c

Brève présentation du modèle d'intervention de crise. Utilisation du modèle comme grille de lecture pour comprendre certains facteurs de vulnérabilité présents en période périnatale.

Brief overview of a crisis intervention model. Use of this model as a reading grid, to better understand some vulnerability factors during the perinatal period.

Il est bon de penser qu'un enfant qui vient au monde désiré et en bonne santé est source de joie pour ses parents et sa famille. Sur cette base affective sécurisante, l'enfant part avec une longueur d'avance pour sa croissance et son développement physique, cognitif et social (Bell, Goulet, St-Cyr et Paul, 2004). Malheureusement, la naissance d'un enfant ne s'accompagne pas toujours de ces conditions idéales. Les professionnels de la santé exerçant en gynéco-obstétrique et en néonatalogie dans les hôpitaux sont régulièrement témoins de situations où la naissance d'un enfant est synonyme de désarroi, de conflits et d'abandon. Souvent, ces situations surgissent à la suite de complications médicales ou dans un contexte psychosocial fragilisé, ou encore d'une combinaison des deux.

Dans le cadre de la pratique en milieu hospitalier, le travailleur social a le double rôle d'intervenir auprès des familles et de travailler en collaboration avec l'équipe médicale (OPTSQ, 1999). Accomplir ces rôles représente souvent

un défi dans un milieu à prédominance médicale qui, dans la pratique, ne laisse souvent qu'une place secondaire aux travailleurs sociaux (Berthiaume, 2009). Par ailleurs, le mouvement de restructuration des services de santé au Québec depuis une décennie a eu pour effet une réduction généralisée des durées d'hospitalisation. Pour les praticiens en milieu hospitalier, cela s'est fréquemment traduit par une réduction du temps imparti pour évaluer et intervenir, par l'hypertrophie des tâches bureaucratiques et l'effritement des rôles de *counselling*, de soutien et de défense des droits (Berthiaume, 2008).

Dans ce contexte de travail exigeant et à court terme, il importe donc de développer des outils qui permettent, d'une part, d'appréhender la singularité et la complexité des situations familiales rencontrées dans un temps relativement court et, d'autre part, de faire ressortir les dimensions psychosociales particulières à chaque situation lors du travail en équipe.

Pour répondre à ces objectifs, il est intéressant de se tourner vers certains aspects théoriques de l'intervention en situation de crise. Nous retenons en particulier l'apport récent de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs – des intervenants expérimentés en intervention de crise au Québec depuis une vingtaine d'années. Ces auteurs ont élaboré un modèle mettant de l'avant la compréhension du sens de la crise afin de mieux intervenir auprès des personnes en détresse (Larose et Fondaire, 2007). À cet effet, ils proposent une grille d'analyse permettant de déterminer le sens de la crise et contenant des éléments à la fois systémiques et psychodynamiques.

Dans ce présent article, nous proposons donc d'étudier l'adaptabilité du modèle de Larose et Fondaire aux interventions en périnatalité en milieu hospitalier. Dans ce qui suit, nous présenterons brièvement le modèle en question. Puis nous traiterons de plusieurs facteurs de vulnérabilité relatifs à la période périnatale. Chaque facteur sera illustré par une vignette

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 105-114.

clinique dans laquelle nous proposerons une analyse selon le modèle de Larose et Fondaire. Enfin, nous discuterons de la pertinence d'utiliser ce modèle en intervention périnatale.

### **1. Le modèle d'intervention de crise de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs**

Dans cette section, le modèle d'intervention de crise proposé par Larose et Fondaire est présenté dans ses grandes lignes. Afin de mettre en lumière l'originalité de leur modèle, Fondaire et Larose émettent une critique du modèle classique de l'intervention de crise. Dans ce qui suit, nous présentons un résumé de cette critique, puis une explication des principaux concepts de leur modèle.

#### **Une critique du modèle classique**

Le modèle classique de l'intervention de crise tire ses origines des travaux de Caplan dans les années 1960, puis a été développé par la suite par des chercheurs tels que Rapoport et Lazarus (Caplan, 1964, Rapoport, 1967, Lazarus et Folkman, 1984, dans Poirier, 2007). Ce modèle propose une division de la situation de crise en trois périodes : la précrise (quand un événement déstabilise la personne), la crise (quand la personne vit un moment de détresse et d'importante désorganisation) et la postcrise (quand la personne retrouve un équilibre inférieur ou supérieur à celui précédant la crise). Selon ce modèle, trois facteurs principaux jouent un rôle dans l'apparition de la crise : l'événement précipitant qui déstabilise la personne; la perception d'une menace par la personne; l'incapacité à résoudre les problèmes éprouvés (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). La crise est alors considérée comme le résultat d'un déséquilibre majeur dans le fonctionnement social de l'individu qui ne réussit pas à utiliser de stratégies d'adaptation adéquates pour le sortir de la crise (Poirier, 2007). En allant chercher de l'aide professionnelle, la personne en crise peut retrouver un état d'équilibre, aussi appelé homéostasie. Ainsi, la crise peut offrir une opportunité de croissance personnelle et de changement (Caplan, 1964, dans Poirier, 2007).

Bien que le modèle classique se soit imposé depuis déjà quelques décennies, certains auteurs et praticiens s'interrogent aujourd'hui sur son applicabilité dans notre contexte social

actuel. C'est le cas de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs (2007). Selon ces auteurs, la pratique met en évidence la complexité et la diversité des situations de crise auxquelles le modèle classique ne permet pas de répondre. La description mécanique en trois étapes de la crise leur semble simpliste et la lecture de la crise comme source de croissance et de changement trop « romantique » puisque, selon eux, l'observation des situations de crise permet plutôt de voir, chez les personnes qui consultent, un phénomène de répétition de comportements inadéquats qui maintiennent la personne en état de crise (Ibid. : 86).

Par ailleurs, l'élément déclencheur, clairement situé dans la précrise dans le modèle classique, « apparaît souvent plus trouble et troublé à l'intérieur des pratiques » (Ibid. : 96). La répétition des crises après l'occurrence d'un même genre d'événements laisse croire qu'un événement passé, plus enfoui, [est] le véritable événement déclencheur, inscrit dans le passé de la personne » (Ibid.).

Une autre critique formulée à l'encontre du modèle classique est que cette approche est principalement centrée sur l'individu et axée sur les capacités de résolution de problèmes. Nos auteurs se demandent alors s'il est « encore possible, aujourd'hui, de lire une situation de crise sans puiser son sens dans la relation avec l'autre » (Ibid. : 89). Pour eux, il semble essentiel de tenter de comprendre la situation de crise comme la relation inévitable entre l'histoire de vie de la personne et tous les systèmes relationnels qui l'entourent.

#### **Une présentation du modèle de Larose et Fondaire**

##### **Les notions de *territoire* et de *trajectoire***

Le modèle proposé par Larose et Fondaire retient deux concepts élaborés initialement par le modèle classique : l'élément déclencheur et les phénomènes de perception et de représentations. Toutefois, afin de mieux faire ressortir l'état de la personne avant la crise, la théorisation de la crise doit, selon eux, inclure deux autres dimensions que sont le *territoire* et la *trajectoire* de la personne. Les auteurs entendent par *territoire* : la position actuelle de la personne dans ses systèmes relationnels significatifs, tels sa famille, son réseau d'amis, son milieu de

travail, sa communauté d'appartenance, etc. La *trajectoire* permet de mettre en évidence les difficultés vécues par la personne dans l'ensemble de sa vie, dans son enfance, son adolescence, sa vie d'adulte, qui ont un lien avec la crise actuelle (Poirier, 2007). Ainsi, la crise est le résultat de l'interaction entre ces quatre facteurs fondamentaux : l'élément déclencheur, la perception qu'a la personne de cet élément déclencheur, le territoire systémique de la personne et sa trajectoire de vie (Ibid.).

### Les limites de la recherche de solutions

Larose et Fondaire attirent l'attention sur le fait que « les techniques de recherche de solutions (exploration des solutions de rechange, formulation d'un plan d'action et son implantation) ont comme principale limite de s'adresser presque exclusivement à des éléments concrets de vie de la personne, comme une équation mathématique à laquelle nous trouverions la solution » (2007 :101). Selon ces auteurs, si la recherche de solution s'avère inévitable quand la situation présente un danger imminent pour la personne ou autrui, dans d'autres cas, cette démarche n'aboutit qu'à l'atténuation rassurante mais temporaire des tensions. L'intervenant peut ainsi satisfaire son besoin de se sentir utile et compétent. Toutefois, en se limitant à la recherche de solutions et à l'agir immédiat dans l'effervescence de la crise, l'intervenant risque de ne pas prendre suffisamment en considération les problématiques sous-jacentes de la personne affectée et de contribuer au phénomène de la répétition des situations de crise. C'est pourquoi ces auteurs considèrent que, dans les scénarios répétitifs, le meilleur moment pour intervenir sur des problématiques sous-jacentes se situe « en dehors de la crise, dans les moments de l'avant ou de l'après-crise » (Ibid. : 99).

### Comprendre le sens de la crise

Alors que la récurrence des crises « fidélise » la clientèle aux centres de crise, Larose et Fondaire se demandent comment intervenir pour briser le cycle de répétition (Ibid. : 103). Ces auteurs proposent que l'intervention de crise « s'engage dans une approche d'exploration et de compréhension de la situation plutôt que d'action précipitée » (Ibid.). Il est possible

que l'intervention permette de discerner qu'un événement inscrit dans le passé de la personne soit le véritable événement déclencheur, mettant ainsi en évidence la continuité de sa trajectoire. Le travail d'intervention vise alors à amener la personne à découvrir ce qu'elle est à travers la crise, grâce à l'instauration d'une relation de confiance dans laquelle la personne rencontrée se sent reçue et entendue (Ibid. : 104). En ce sens, la crise peut devenir une occasion de croissance et avoir un potentiel de développement (Ibid.).

### La notion de *timing*

La capacité de changement de la personne est variable selon chacun et dépend de divers éléments, tels la force de l'élément déclencheur, le moment particulier dans le développement affectif, cognitif et physique de la personne ou encore la qualité du premier contact avec le professionnel. La capacité de changement est également conditionnée par ce que Larose et Fondaire appellent le *timing*, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (Ibid. : 96). En d'autres termes, « c'est l'ouverture qui va permettre de recréer les liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel; c'est une énergie particulière qui permet d'oser le questionnement avec les émotions qui surgiront » (Ibid.).

### La relation intervenant/personne en crise

Lorsque la personne en crise rencontre l'intervenant, le croisement de deux trajectoires et de deux territoires met l'intervenant face à sa propre subjectivité. L'intervenant de crise se trouve face à des souffrances vives et intenses « qui le ramènent inmanquablement à ses propres souffrances » (Ibid. : 134). Ainsi, pour Larose et Fondaire, « les limites étant subjectives pour tous, il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Ibid. : 98). Toutefois, ces auteurs précisent que l'intervention de crise est particulière en ce sens que les situations intenses qu'elle amène rendent « plus difficile (le fait) de garder une distance avec l'autre » mais, en

même temps, permettent de s'approcher du phénomène de résonance affective (Ibid. : 149). Selon Elkaim, entrer en résonance, c'est entrer en communication avec le monde émotif; cela signifie que l'on est en contact avec son propre univers émotif en même temps qu'avec celui de l'autre (Elkaim, 1989, dans Ibid.).

Ainsi, la présentation des principaux concepts de l'approche de Larose et Fondaire permet de mettre en évidence l'ajout, au modèle classique d'intervention en situation de crise, de dimensions systémiques, comme les notions de territoire et de résonance, et psychodynamiques, comme les notions de trajectoire et de *timing*. Nous proposons maintenant d'étudier l'adaptabilité de ce nouveau modèle aux interventions en périnatalité. À cet effet, nous présenterons trois facteurs principaux de vulnérabilité qui peuvent surgir durant la période périnatale et nous illustrerons à l'aide de trois cas cliniques l'application de la grille d'analyse du nouveau modèle chez des familles en crise en période périnatale.

## **2. Les facteurs de vulnérabilité en période périnatale**

L'arrivée d'un enfant au sein d'une famille est un événement majeur qui déséquilibre le fonctionnement familial antérieur et qui nécessite une adaptation de la part des parents et de la fratrie, s'il y a lieu, pour trouver un nouvel équilibre. La capacité des familles à atteindre un nouvel équilibre va dépendre de plusieurs facteurs. L'observation et l'expérience clinique en gynéco-obstétrique et en néonatalogie, corroborées par la littérature sur le sujet, nous amènent à considérer trois facteurs de risque principaux qui, lorsqu'ils sont présents, rendent la période périnatale particulièrement propice à la crise. Ces facteurs, qui feront l'objet d'un court rappel théorique dans ce qui suit, concernent l'adaptation parentale à la naissance d'un enfant, les complications médicales et les facteurs psychosociaux fragilisants. Il est important de préciser que la présence de facteurs de risque ne mène pas en soi à la crise et au maintien du déséquilibre. Toutefois, l'utilisation de la grille d'analyse proposée par Larose et Fondaire permet de mieux appréhender comment ces facteurs, le territoire et la trajectoire des familles se conjuguent pour favoriser l'émergence d'un état de crise au moment de la

naissance d'un enfant. Trois vignettes cliniques nous permettront d'illustrer ce point.

### **L'adaptation des parents à la naissance d'un enfant**

Devenir parent est une étape développementale majeure chez l'adulte qui s'accompagne souvent d'un bouleversement identitaire. Praticiens et chercheurs s'entendent pour dire que l'adaptation à la parentalité affecte autant les pères que les mères.

Chez les femmes, l'adaptation parentale est tributaire de l'acceptation de la grossesse et de l'identification au rôle de mère (Mercer, 2004; Lederman, 1996). Plusieurs indicateurs mettant en évidence la mise en marche (ou non) du processus d'identification au rôle de mère ont été relevés : la motivation envers la maternité, la préparation au rôle, la capacité à résoudre les conflits et les signes d'attachement envers l'enfant (Ibid.).

La mère va bénéficier tout particulièrement du soutien de son conjoint<sup>1</sup> et de sa propre mère (Lederman, 1996). La disponibilité de celle-ci, son soutien et en même temps son respect de l'autonomie de sa fille devenue mère sont autant de facteurs qui aident la mère à se sentir en confiance. Par contre, si la relation entre la fille et la mère est difficile ou conflictuelle, la première adoptera davantage une attitude négative persistante pendant la grossesse et démontrera une plus grande difficulté à s'ajuster à la maternité (Nilsson, Uddenberg et Almgren, 1971, Breen, 1975, dans Ibid.). Quant au conjoint, l'intérêt qu'il porte à sa conjointe et son soutien sont les dimensions les plus significatives affectant positivement le cours de la grossesse (Ibid.). En l'absence d'un conjoint, l'accroissement de la responsabilité parentale est un phénomène potentiellement anxiogène pour de nombreuses femmes monoparentales (Keating-Lefler, Hudson, Campbell-Grossman, Fleck et Westfall, 2004).

Pour leur part, les hommes vivent une adaptation à la parentalité qui leur est propre et dont le succès va avoir une influence significative sur la qualité des liens parents-enfant et de la relation maritale (Cassé et Polomeno, 2010; Bell, Goulet, St-Cyr Tribble et Paul, 2004). Contrairement aux générations précédentes où les pères tenaient principalement des

rôles de pourvoyeur et d'autorité, les pères d'aujourd'hui s'impliquent davantage auprès de leurs enfants concernant les soins et le temps partagé ensemble (Genesoni et Tallandini, 2009). La difficulté ressentie à se définir comme père est souvent exacerbée par le désir de se distancier du modèle proposé par leur propre père et le manque de modèles qui pourraient les guider (Ibid.). Par ailleurs, les services professionnels pour soutenir les pères dans leur adaptation restent peu développés (Cassé et Polomeno, 2010).

Parmi les facteurs aidant les pères dans leur adaptation se trouvent l'acceptation de la grossesse et leurs projections à l'égard du bébé à naître, le soutien que la mère peut offrir notamment en facilitant l'accès du père à l'enfant, la qualité et la flexibilité du fonctionnement au travail, une bonne qualité de vie, ainsi que la présence de soutien social, par exemple, l'accès à des programmes à l'intention des nouveaux pères (Genesoni et Tallandini, 2009; Casse et Polomeno, 2010).

Afin d'illustrer les difficultés de l'adaptation parentale, nous proposons une vignette clinique dans laquelle les débuts difficiles d'une jeune mère sont analysés selon le modèle de Larose et Fondaire.

*Sonia, 29 ans, se trouve à l'hôpital au département de gynéco-obstétrique. Elle vient d'accoucher à terme de son premier garçon. Sonia est monoparentale et vit beaucoup d'anxiété. Lors de son suivi de grossesse, les médecins ont détecté la présence d'anomalies organiques. Sonia a peur de ne pas être à la hauteur pour élever son fils. Cependant, elle est en demande d'aide dans son adaptation parentale. Nous intervenons auprès de Sonia durant les premières semaines suivant la naissance du bébé, jusqu'à ce que la travailleuse sociale du CLSC prenne le relais.*

*En période postnatale, nous avons observé chez Sonia un sentiment de vulnérabilité constant. Sonia vit de grands moments d'angoisse, notamment quand elle perçoit que ses capacités parentales sont remises en question (pleurs du bébé pendant les soins, remarques négatives d'une infirmière, etc.). Elle s'autocritique beaucoup et se fait peu confiance dans ses habiletés parentales. Son niveau de stress est par ailleurs accentué par les complications médicales de son enfant. Elle se sent facilement dépassée par les imprévus et les complications organisationnelles (difficultés de transport, visites plus longues que prévu, etc.).*

*Sur le plan de sa trajectoire, Sonia nous parle d'une relation difficile avec sa propre mère. Elle décrit comment, dès l'enfance, elle a dû s'occuper de cette femme qui souffrait d'une maladie invalidante. De plus, Sonia nous confie qu'elle a subi maintes critiques et reproches de sa part. Aujourd'hui, Sonia exprime ses craintes d'être critiquée par sa mère dans son nouveau rôle de mère.*

*Le territoire de Sonia est marqué par l'absence d'un conjoint. La relation avec le père de son enfant était conflictuelle et Sonia a préféré y mettre fin. Au niveau de sa famille, seule sa mère, avec qui elle vit, semble présente auprès d'elle. Mais Sonia nous dit que la relation est conflictuelle et décevante pour elle. Sonia dit être dans l'attente que sa mère, à son tour, lui offre de l'aide dans cette période cruciale de sa vie. Mais celle-ci prévoit de partir en voyage pour quelques mois. Par ailleurs, Sonia bénéficie du soutien d'une amie, qui lui fournit de l'aide de temps à autre. Sur le plan socioéconomique, Sonia a un emploi à temps plein qui lui donne droit aux prestations du RQAP. Cependant, ses revenus sont faibles. Durant la période périnatale, le territoire de Sonia se remplit de relations avec les professionnels de la santé en lien avec sa maternité (hôpital, CLSC, etc.).*

L'analyse de cette situation selon le modèle de Larose et Fondaire permet de mieux évaluer les sources potentielles d'anxiété et de difficultés d'adaptation parentale de Sonia. L'analyse de sa trajectoire permet de voir que l'anxiété de Sonia et sa propre dévaluation prennent racine dans une dynamique relationnelle problématique avec sa mère dès l'enfance. L'analyse du territoire révèle également l'absence d'un conjoint soutenant et l'existence d'une relation conflictuelle avec la mère. En d'autres termes, l'analyse met en évidence le manque de soutien adéquat de la part de personnes-clés dans la réussite de l'adaptation parentale. Cette analyse a permis d'orienter l'intervention à deux niveaux. À un premier niveau, l'intervention s'est concentrée sur les aspects organisationnels et matériels qui inquiétaient particulièrement Sonia. À un deuxième niveau, l'intervention a consisté à soutenir l'adaptation parentale de Sonia en la confirmant dans ses habiletés parentales, en encourageant une différenciation avec sa mère et en l'invitant à consolider son territoire avec des relations soutenantes.

## Les conditions médicales difficiles

Les complications médicales peuvent causer des difficultés supplémentaires dans l'adaptation au rôle parental durant la période périnatale. Elles peuvent surgir au moment de la grossesse, à la naissance ou après la naissance. Elles peuvent être liées à l'état de santé de la mère ou à l'état de santé de l'enfant. Elles peuvent mettre la vie de l'un ou de l'autre en danger, comme elles peuvent être bénignes. Mais souvent ces complications impliquent des visites fréquentes à l'hôpital ou une hospitalisation prolongée de la mère ou de l'enfant. Trois catégories de problématiques médicales, sans entrer dans les détails, peuvent être soulignées : les grossesses à risque, la prématurité et les situations de handicaps majeurs ou de malformations congénitales.

Ces conditions médicales s'accompagnent généralement chez les nouveaux parents de réactions émotionnelles plus ou moins intenses, selon les cas. Parmi ces états émotionnels, nous retrouvons fréquemment les suivants : l'anxiété, la perte de contrôle et des sentiments d'impuissance, le deuil, l'ennui, la peur et la culpabilité (Bachman et Lind, 1997a, 1997b). Les recherches démontrent que la prévalence de ces sentiments dépend du type de problème médical, du système de soutien offert à la famille et d'autres aspects psychosociaux (Ibid.) La confiance portée au personnel médical, la foi, l'implication de l'entourage, la connaissance, la force intérieure des parents et l'intense désir de devenir parents sont également des facteurs influents (Leichtentritt, Blumental, Elyassi et Rotmensch, 2005).

Dans ce qui suit, nous proposons une vignette clinique illustrant une situation avec un nouveau-né présentant une atteinte sévère à un organe vital.

*Patricia, 41 ans, vient d'accoucher à terme de son troisième fils, aussi le premier enfant de son conjoint actuel, Claude, 45 ans. En raison d'une anomalie congénitale sévère aux intestins, l'enfant est hospitalisé aux soins intensifs de l'unité de néonatalogie de l'hôpital. Une ablation de la majeure partie de l'intestin est médicalement nécessaire. Les chances de survie sont très minces. L'arrêt des traitements est envisagé; devant la détresse apparente des parents, l'équipe médicale fait appel à nos services. Nous intervenons auprès d'eux jusqu'au décès de l'enfant.*

*Les rencontres avec la mère permettent d'identifier une trajectoire parsemée d'épreuves et de traumatismes. Elle nous raconte qu'elle a vécu une enfance difficile, marquée par un beau-père abuseur. Jeune adulte, elle donne naissance à deux enfants, dont le deuxième est atteint de la même maladie que son nouveau-né. Ce deuxième fils a survécu à la maladie, mais Patricia nous explique que des circonstances de violence conjugale et la dure réalité que cause cette maladie poussent Patricia à quitter le foyer et à laisser ses enfants derrière elle. Elle nous exprime que de forts sentiments de culpabilité l'envahissent depuis. Elle nous confie aussi que la perspective de perdre ce nouveau-né ébranle ses espoirs d'enfin réparer le passé. Quant au père du nouveau-né, il s'exprime peu sur son passé, reste principalement concentré sur le présent. Il se montre très ému par l'état de santé critique de son fils, et en même temps, dit s'inquiéter de l'avenir avec un enfant gravement malade.*

*Les territoires relationnels des deux parents diffèrent. Claude dit avoir le soutien de ses parents, de sa sœur. Claude exprime à plusieurs reprises son malaise à côtoyer l'environnement ultra médicalisé de l'unité néonatale. Il fait souvent des allers-retours entre son domicile et l'hôpital pour aller travailler, mais aussi aller chercher du réconfort auprès de sa famille. Quant à Patricia, elle est la seule survivante de sa famille d'origine. Elle nous dit que son seul soutien est son conjoint. D'après l'équipe de soins, elle sollicite également, et de manière continue, l'attention des intervenants de l'unité néonatale. L'hôpital, où elle loge durant l'hospitalisation du bébé, devient son territoire. Elle voudra même y rester après le décès du bébé, pour avoir le sentiment d'être encore proche de lui, nous confie-t-elle. L'ironie du sort veut qu'au moment où Patricia vit ces semaines de désarroi face au décès imminent de son nouveau-né, son fils de 17 ans atteint de la même maladie est hospitalisé dans le même hôpital en raison de complications médicales. Nous observons que la présence de ce fils abandonné, aujourd'hui présent sur ce même territoire, ravive les douleurs de leur trajectoire commune.*

*Avec le soutien de l'équipe de l'unité néonatale, les parents prennent la décision d'interrompre les soins du nouveau-né. Après le décès du nourrisson, notre mandat se termine et une référence de la famille au CLSC est faite pour le suivi de deuil.*

L'analyse de la situation de cette famille selon le modèle de Larose et Fondaire permet d'appréhender, chez chacun des parents, la douleur, les doutes, les questionnements et le cheminement vers le choix d'accepter le décès de l'enfant en fonction des éléments de leur trajectoire

et de leur territoire respectifs. Cette analyse révèle notamment que la trajectoire parsemée d'embûches et la faiblesse du territoire de Patricia la rendent plus vulnérable à la crise et à une importante désorganisation que son conjoint qui bénéficie d'un territoire plus soutenant. L'intervention a consisté essentiellement en une présence régulière auprès des deux parents et en un travail d'écoute, de reflet et de recadrage à la lumière de ce qu'ils ont exprimé.

### Les facteurs psychosociaux fragilisants

Pauvreté, violence conjugale, déficience intellectuelle, toxicomanie, immigration, problématique en santé mentale, etc., sont autant de difficultés psychosociales qui peuvent se présenter au cours d'une vie. Ces facteurs sont reconnus pour rendre plus difficile le processus d'adaptation parentale pendant la période périnatale, jusqu'à rendre parfois les parents incapables d'accomplir leur rôle auprès du nouveau-né. Il n'est pas l'objet de cet article d'élaborer sur chacune de ces problématiques. Toutefois, il nous semble important de souligner que, si ces conditions de vie adverses sont souvent associées à des épisodes de mésadaptation parentale, le lien de cause à effet n'est pas démontré (Wilson et al., 1996). C'est davantage la combinaison de facteurs, tels que la fragilité psychologique, les mauvais traitements antérieurs, l'isolement social, l'absence de soutien et d'aide, la pauvreté, qui détermine les risques que courent ces familles (Martin et Boyer, 2000). Par ailleurs, la présence de facteurs de protection, allant de la personnalité des personnes aux atouts de leur milieu social, permet de faire contrepoids à des circonstances qui, de prime abord, auraient pu revêtir un caractère déterministe.

Dans ce qui suit, nous présentons un dernier cas clinique dans lequel nous proposons une analyse de l'échec de l'adaptation parentale d'une jeune mère selon le modèle de Larose et Fondaire.

*Fabienne, 18 ans, vient d'accoucher prématurément, à 25 semaines de gestation, de son premier garçon. L'enfant sera hospitalisé à l'unité de néonatalogie pendant cinq mois. La santé du nouveau-né est très fragile. En raison d'une hémorragie cérébrale partielle, les pronostics de handicap sévère sont élevés. Fabienne a des antécédents de consommation. Elle montre de l'intérêt*

*pour son nouveau-né, mais elle a de la difficulté à s'investir auprès de lui. La DPJ s'impliquera auprès de l'enfant pour évaluer la situation. À sa sortie de l'hôpital, l'enfant sera placé en famille d'accueil, avec droits de visite à intervalles réguliers pour la mère.*

*La trajectoire de Fabienne est marquée, dès la plus jeune enfance, par une série d'événements traumatiques. Au fur et à mesure des rencontres, nous apprenons qu'elle a été victime d'abus sexuels répétés, puis placée en famille d'accueil à l'âge de six ans. Par la suite, elle vivra dans plusieurs familles d'accueil avant d'être placée en foyer de groupe à l'adolescence. Son adolescence est marquée par l'émergence de troubles de comportement telles la consommation, les fugues et la prostitution. Depuis peu, Fabienne vit seule en appartement et est inscrite à un programme de formation pour adulte. Bénéficiaire de la Sécurité du Revenu, elle vit pauvrement. Son cercle social se situe dans le milieu de la drogue, où elle y trouve amis et partenaires sexuels, dont le père de l'enfant. Elle se tient à distance des membres de sa famille. Fabienne nous dit qu'au moment de tomber enceinte, elle n'avait pas l'intention de mettre un enfant au monde.*

*Durant la période d'hospitalisation, son territoire change radicalement. À la suite de la naissance, elle rompt sa relation avec le père de l'enfant, convaincue qu'elle peut se débrouiller seule, et lui refuse le droit d'accès au bébé. Nous l'invitions à rester à l'hôpital pour être proche de son fils. Cependant, elle choisit de retourner chez sa mère. Cet essai échoue, en raison de conflits avec son beau-père, rapporte-t-elle. Elle reste un temps chez une sœur puis, à court d'options, elle accepte de se loger à l'hôtel de l'hôpital. À présent sur le territoire de l'hôpital, malgré le soutien des professionnels qui l'entourent, elle nous dit qu'elle se sent étrangère et rejetée dans cet environnement. Nous observons qu'elle a de la difficulté à s'adapter aux règles de vie de l'unité néonatale et aux exigences de sa nouvelle maternité. Ses visites à son bébé sont irrégulières et sporadiques. Elle nous dit que l'hôpital lui rappelle d'autres territoires de son passé (une hospitalisation durant l'enfance, les foyers de groupe) et ravive le souvenir d'expériences douloureuses. Avec l'entrée de la DPJ dans ce territoire, elle dit se sentir désavouée dans ses capacités parentales et elle perd espoir de rentrer avec son bébé dans le nouvel appartement qu'elle s'est trouvé. Exprimant un sentiment de solitude profond, elle s'isole de plus en plus, rechute dans la consommation d'alcool et ne s'implique plus auprès du nourrisson.*

L'analyse de cette situation selon le modèle de Larose et Fondaire permet de voir que la gros-

sesse n'est pas vécue chez Fabienne comme un élément déclencheur de déséquilibre. Au contraire, dans un contexte de vie peu porteur d'espoir et d'avenir, la grossesse vient soudain lui donner un projet de vie. Les événements subséquents mineront cet espoir et auront un effet dévastateur sur Fabienne : les risques de décès de son bébé, l'annonce du handicap de son enfant, l'impossible réconciliation avec sa mère, le placement de son fils en famille d'accueil, etc. L'intervention auprès de Fabienne a consisté en une présence régulière auprès d'elle afin de l'accompagner dans le développement de ses capacités parentales et de la soutenir lors des événements précédemment mentionnés. Cependant, la période périnatale n'a pas offert à Fabienne un *timing* pour le changement. La faible capacité de changement chez Fabienne s'est traduite par l'utilisation de stratégies d'adaptation inadéquates et a engendré une répétition intergénérationnelle des formes de négligence. Le dénouement des conflits socio-affectifs de Fabienne, s'il est possible, requiert un travail d'accompagnement de longue durée qui dépasse le cadre de l'intervention en hôpital.

## Discussion

Le modèle de Larose et Fondaire n'a pas été spécifiquement élaboré pour répondre aux besoins de l'intervention auprès des familles en période périnatale. Cependant, les vignettes cliniques montrent que la grille de lecture qu'il propose est très pertinente pour mieux appréhender « le sens de la crise » chez ces personnes. Ce modèle permet de mettre en évidence comment la crise surgit à la jonction du territoire et de la trajectoire des personnes affectées.

La période périnatale est en soi propice à un retour de certains aspects de la trajectoire personnelle des parents, à leur propre enfance et à la manière dont ils ont été eux-mêmes élevés. Les crises en période périnatale font resurgir des événements passés difficiles ou traumatisants non résolus. La trajectoire des mères de ces vignettes cliniques est marquée par une forme ou une autre de blessures et d'abus profonds faisant obstacle à l'apprentissage de la maternité.

Ce modèle laisse également une place prépondérante à l'analyse du territoire des parents. Il

permet de mettre en évidence la présence de conditions de vie et de systèmes relationnels qui vont aller en faveur ou à l'encontre du développement des capacités parentales. Dans les situations relatées dans les cas cliniques, les territoires des mères étaient ou bien vides de relations significatives ou bien porteurs d'éléments relationnels nocifs. Dans tous les cas, leur isolement était marquant.

La grille de lecture proposée permet également d'avoir un aperçu de la subjectivité des personnes affectées, une subjectivité qui va teinter leurs perceptions. Tenir compte de cette dimension est d'autant plus nécessaire pour l'intervention auprès des parents durant cette période que leurs subjectivités peuvent diverger de celle des intervenants, qui ont eux aussi une subjectivité tributaire d'une trajectoire et d'un territoire. Plus l'écart de subjectivité est grand, plus il est nécessaire « [...] pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Larose et Fondaire, 2007 : 98). Par exemple, l'analyse des trajectoires et des territoires permet de mieux comprendre pourquoi une grossesse inattendue chez Fabienne va être porteuse d'espoir, alors qu'une remarque un peu vive d'une infirmière peut fortement ébranler une personne comme Sonia, ou encore qu'une mère au territoire affaibli, comme Patricia, va s'accrocher au territoire temporaire de l'hôpital pour chercher sens et réconfort à la suite du décès de son bébé.

Enfin, l'étude de la trajectoire et du territoire des parents permet de déterminer les facteurs dont dépendra l'issue de la crise, notamment les conditions liées à la qualité de l'environnement des parents (comme la présence d'un réseau social et familial soutenant) et leurs ressources personnelles (comme l'adoption de stratégies d'adaptation adéquates et leur capacité à résoudre certains conflits intérieurs). L'intervention visera donc à renforcer les atouts des familles en les aidant à développer des liens soutenant autour d'eux et à les guider vers un dépassement de leurs limites personnelles. Lorsque l'intervention s'accompagne d'un *timing* d'ouverture chez les parents, elle peut les aider à traverser cette période de déséquilibre intense et à en sortir grandis.

Cependant, il semble que pour une personne ayant vécu une trajectoire trop difficile et ne pouvant pas s'appuyer sur un territoire solide et réconfortant, la parentalité ravive des douleurs sous-jacentes et se rajoute à la série de crises connues par le passé. L'intervention à court terme peut apporter un certain apaisement temporaire, mais force est de constater que le terrain de la personne demeurera fertile aux crises.

### Conclusion

Nous avons souligné en début d'article plusieurs défis liés à la pratique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier depuis plus d'une décennie, des défis auxquels l'intervention en gynéco-obstétrique et en néonatalogie n'échappe pas. Il s'agit de la réduction du temps imparti à l'intervention, la technicisation des tâches au détriment des rôles de *counselling*, de soutien et de défense, et la constante nécessité d'affirmer la place de l'intervention psychosociale dans un milieu à prédominance médicale. Dans un tel contexte, certains affirmaient déjà en 1996 que « le premier défi du service social consistera à développer davantage de modèles d'intervention où l'évaluation allie à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation à lui » (APSSMSQ, 1996 : 188). C'est dans cette ligne de pensée que nous avons proposé dans cet article d'adapter le cadre d'analyse du modèle d'intervention de crise de Larose et Fondaire à l'intervention périnatale en milieu hospitalier.

Il ressort de cette tentative que ce cadre d'analyse peut apporter des éléments positifs aux défis de l'intervention périnatale en milieu hospitalier, et ce, sur plusieurs plans. Sur le plan de l'intervention auprès des familles, ce cadre d'analyse permet à l'intervenant, dans un temps relativement court, de cerner les problématiques plus profondes du vécu des personnes concernées, d'aider à la compréhension de la crise qu'elles traversent, et d'orienter les interventions en fonction des facteurs de risque et de protection relevés dans leur trajectoire et leur territoire. Ce cadre d'analyse permet également d'évaluer et de mettre en évidence les dimensions psychosociales nécessitant une intervention de *counselling*, de soutien et de défense, et

de donner un sens aux tâches bureaucratiques, comme les cas cliniques ont pu l'illustrer. Sur le plan du travail interdisciplinaire, le cadre d'analyse proposé donne à l'intervenant des concepts accessibles et un vocabulaire simple et évocateur qui peuvent l'aider à communiquer aux équipes médicales les particularités psychosociales de chaque famille et à faire valoir son expertise lors de la réalisation d'interventions conjointes. Enfin, et peut-être avant tout, ce modèle invite à poser un regard global et concerné sur les situations vécues par les familles au moment de la naissance de leur bébé – un regard qui, nous l'espérons, peut les aider à traverser au mieux la période périnatale, et ce, malgré les difficultés présentes. En fin de compte, c'est du bon développement et du bien-être des générations de nouveau-nés futurs qu'il s'agit et l'application de ce modèle peut y contribuer.

### Descripteurs :

Périnatalité - Québec (Province) // Service social médical // Père et nourrisson // Mère et nourrisson  
Infants (Newborn) - Care - Québec (Province) // Medical social work // Father and infant // Mother and infant

## Note

1 Nous préférons dire le conjoint de la mère plutôt que le père de l'enfant, car le conjoint de la mère n'est pas toujours le père de l'enfant. Il peut également s'agir d'un partenaire de même sexe.

## Références

- Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ) (1996). Le virage ambulatoire et le service social en milieu de santé. *Réflexions et propositions, Service social*, 45 (3), 175-191.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997a). Perinatal social work and the high risk obstetrics patient, *Social Work in Health Care*, 24 (3), 3-19.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997b). Perinatal social work and the family of the newborn intensive care infant, *Social Work in Health Care*, 24 (3), 21-37.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., et Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale, *Perspective infirmière* (juillet/août), 12-22.
- Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier, *Intervention*, 128, 6-14.
- Berthiaume, J.-F. (2009). Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier, *Intervention*, 131, 89-97.
- Casse, I., et Polomeno, V. (2010). L'adaptation des pères à leur premier nouveau-né, *Soins pédiatrie-puériculture*, 255, 38-41.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008, *Birth*, 36 (4), 305-318.
- Keating-Lefler, R., Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Fleck, M. O., & Westfall, J. (2004). Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers, *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 381-401.
- Larose, S., et Fondaire, M. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Outremont : Les Éditions Québecor.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development* (2 ed.). New York: Springer Pub. Co.
- Leichtentritt, R., Blumental, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices, *Health & Social Work*, 30 (1), 39-47.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment, *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232.
- Martin, C., et Boyer, G. (2000). *Naître égaux – grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*.
- Poirier, M. (2007). La crise dans tous ses états, dans S. Larose et M. Fondaire (Eds.). *Détresse psychologique en situation de crise* : 19-49. Outremont : Les Éditions Québecor.
- Séguin, M., Brunet, A., et Leblanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Wilson, L., Reid, A., Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J., & Stewart, D. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes, *Canadian Medical Association Journal*, 154 (6), 785-799.

sous la direction de  
**Shimbi-Kamba Katchelewa,**  
Nouvelle collection Nord-Sud, Les  
Presses de l'Université Laval, 2011,  
182 pages.

Résumé et commenté par  
*André Jacob*, professeur associé  
École de travail social  
Université du Québec à Montréal

Il est toujours extrêmement difficile de résumer un ouvrage résultant du travail d'une dizaine de personnes. On y trouve tant une critique des stratégies du développement de type capitaliste que les questions d'éthique relatives aux droits des peuples à vivre dans la dignité, le sens des interventions humanitaires que les choix politiques et le sens des responsabilités des États. En somme, les lecteurs et les lectrices y trouveront à peu près toutes les dimensions de « l'humanitaire » et c'est un plat consistant. D'entrée de jeu, il faut dire que la diversité des sujets abordés à partir de différentes perspectives ne facilite pas la compréhension de l'ensemble. Au moins, l'introduction indique un fil conducteur structurant la démarche et les propos : « la solidarité, cette figure de la justice » bien connue en travail social, s'est imposée comme opposition à « la logique utilitariste qui domine nos pensées » (p. 3). Dans cette foulée, sous la bannière de « l'humanitaire » s'enchaîne la recherche de valeurs fondamentales comme « l'esprit de dialogue, le souci de l'aide mutuelle, la coopération et la responsabilité » (p. 3). En un sens, tout l'ouvrage nous interpelle sur le « solidarisme » et la « socialité primaire » comme principes du maintien de l'humanisme dans les développe-

ments des rapports sociaux. Les analyses critiques s'enchaînent et dévissent les perspectives pragmatiques du développement social et économique actuel pour mieux faire comprendre pourquoi de larges segments de la population mondiale doivent vivre, surtout survivre, et résister aux diktats du capitalisme à courte vue imposés par « les dogmes des marchés » et les cotes en bourse.

Cet ouvrage fournit donc plusieurs éclairages intéressants sur le sens et la portée de « l'humanitaire », phénomène qui reste omniprésent sous plusieurs formes dans l'univers complexe des pratiques sociales. Évidemment, comme le souligne Jean Kinyongo (p. 15-18), l'humanitaire, particulièrement dans les pays africains, est truffé d'ambiguïtés, voire de contradictions, en raison de sa nature polymorphe. Ce constat m'amène à soulever une question adjacente : l'humanitaire fait-il simplement partie de la mouvance colonialiste paternaliste fondée sur la philanthropie vue comme déculpabilisation de l'Occident repu? Ernest-Marie Mbonda tente d'y répondre en proposant la définition de l'humanitaire telle que synthétisée par Philippe Ryfman : « L'action humanitaire est une assistance fournie par un seul acteur ou une conjonction d'acteurs, s'insérant à des niveaux variés dans un dispositif international de l'aide régie par un certain nombre de principes, et mise en œuvre (au nom de valeurs considérées comme universelles », au profit de population dont les conditions d'existence du fait de la nature (catastrophes) ou de l'action d'autres hommes (conflits armés internes ou internationaux) sont bouleversées, et l'intégrité physique atteinte, voire la survie même compromise » (p. 22). Et il soulève une question porteuse de polémiques : est-ce que ces différentes mobilisations « répondent à un impératif de vertu ou à un impératif de justice »? Tout au moins, on peut penser à un devoir de solidarité humaniste et éthique.

Au-delà du sens même de l'intervention humanitaire, plusieurs collaborateurs du

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 115-116.

livre rappellent aussi les contradictions qui traversent les pratiques. Les motivations qui les sous-tendent peuvent aller d'un extrême à l'autre puisqu'elles se maquillent souvent de vertu alors qu'elles reposent sur le pragmatisme à courte vue, l'utilitarisme, les intérêts politiques et stratégiques dans telle ou telle région du monde. Là aussi, les intouchables lois du marché s'invitent même si on ose rarement les mettre publiquement dans la balance lorsqu'il s'agit d'enclencher une opération humanitaire au profit d'une communauté humaine; par contre, et c'est bien connu, les intérêts mercantiles constituent un paradigme déterminant des politiques et des stratégies des pays occidentaux.

La conceptualisation de l'intervention humanitaire présentée dans la première partie de l'ouvrage enrichit le débat et ouvre de multiples pistes de réflexion. Le style est plutôt académique, voire tributaire d'un jargon pour initiés, mais il ne rebute pas, car il s'avère rigoureux et permet d'avoir une vision assez exhaustive des concepts qui permettent de comprendre le sens de l'humanitaire.

La deuxième partie se veut plus pratique et aborde les enjeux relatifs au terrain. On y expose les défis de l'humanitaire en parallèle avec des réalités fort différentes comme la gestion des conflits et la lutte contre le VIH/sida. Encore là, les questions fondamentales sont traitées d'une façon théorique, particulièrement lorsqu'il est question des défis de l'intervention humanitaire comme « l'érosion du droit humanitaire, la subordination de l'action humanitaire à un agenda politique et le risque de rejet pur et simple de cette action » (p. 77).

Enfin, la dernière partie traite elle aussi de questions fort différentes comme les enjeux liés aux droits de l'homme en Afrique, l'intervention internationale et les enjeux éthiques.

Cet ouvrage, par sa perspective critique, enrichit beaucoup la réflexion sur le sens de l'intervention humanitaire. On ne lira pas comme un manuel destiné à l'intervenant ou à l'intervenante, mais plutôt comme un compendium de diverses théories et un cadre d'analyse structurée des pratiques humanitaires. En prime, il propose une posture éthique bienvenue en ces temps de remise en question de l'humanitaire à

la lumière des canons du marché. Jean-Claude Tcheuwa le rappelle : « Le principe de responsabilité collective doit donc être au cœur du système international » (p. 138). Et Mutunda Mwembo en résume bien la perspective : « Le maître mot de l'humanitaire devant être la lutte contre la souffrance, une éthique de la sollicitude doit servir de guide à cette lutte » (p. 157).

#### **Descripteurs :**

Aide humanitaire // Humanitarian assistance

**sous la direction de Michel Landry,  
Serge Brochu, Catherine Patenaude,  
Collection Toxicomanies, Presses de  
l'Université Laval, 2012, 274 pages.**

Résumé et commenté par  
*Martine Beaulieu, T.S.*

Au Québec, la prévalence de dépendance à l'alcool et d'utilisation de drogues chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale ainsi que chez les personnes aux prises avec des démêlés judiciaires dépasse de beaucoup celle que l'on retrouve dans la population en général. Malgré la réforme de 2004 ayant mené à la création de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux, il apparaît que plusieurs personnes toxicomanes ne sont jamais détectées, ne demandent jamais d'aide ou abandonnent leurs démarches avant d'avoir pu bénéficier des services offerts. La coordination des efforts d'intervention auprès des personnes toxicomanes demeure un défi majeur, auquel s'attaque le collectif d'auteurs qui fait l'objet de cette piste de lecture.

*L'intégration des services en toxicomanie* est un ouvrage qui pose un regard systémique sur la question des différents problèmes liés à la consommation d'alcool et autres drogues au Québec. On y traite des enjeux qui touchent les individus et les familles aux prises avec ces problèmes et de l'influence de l'environnement social sur différents aspects de ceux-ci. Aussi, les services destinés aux personnes toxicomanes ou à risque de le devenir, les liens entre ces services au sein du système de santé et de services sociaux québécois et les politiques sociales touchant de près ou de loin l'organisation de ces services y sont exposés. Chaque

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.  
Numéro 138 (2013.1) : 117-118.**

chapitre, rédigé par un ou plusieurs auteurs possédant une expertise pertinente, présente une exploration rigoureuse de l'aspect abordé. Les chapitres 1 et 2 dressent la table pour la suite du livre, en définissant les concepts et les notions qui constituent le cœur du sujet principal. D'abord, le chapitre 1 donne une définition du concept d'intégration et en illustre les différents modèles et paramètres à partir de programmes de traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie existants. Les enjeux et les défis de l'intégration des services dans le secteur des troubles concomitants en contexte de réforme du système sociosanitaire québécois y sont aussi abordés. Pour sa part, le chapitre 2 s'attarde aux bénéfices du repérage précoce et systématique des problèmes de consommation dans la structure d'intégration des services basée sur le modèle de traitement à niveaux. Les obstacles au repérage systématique sont soulevés et l'exemple de l'implantation du programme *Alcohoix+* y est utilisé pour y amener des pistes de solution intéressantes.

Au chapitre 3, la question de la continuité entre les différents paliers du continuum de services allant de la prévention jusqu'au traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est explorée. L'objectif des auteurs est d'établir des pistes permettant d'améliorer l'articulation des activités préventives et cliniques se rapportant à ces troubles.

Les chapitres 4 et 5 touchent l'intégration des services destinés aux personnes toxicomanes qui se retrouvent sous le coup de mesures judiciaires. Ils présentent respectivement l'état de la situation en ce qui concerne les jeunes délinquants puis les adultes judiciarisés. Ils traitent de la prévalence des problèmes de toxicomanie parmi les jeunes et adultes judiciarisés et dressent le portrait des services en toxicomanie offerts aux jeunes délinquants en centre jeunesse et aux contrevenants adultes à la Cour, en prison et en pénitencier.

Certains aspects spécifiques aux clientèles féminines font l'objet des chapitres 6 et 7. Le chapitre 6 décrit une étude menée auprès de femmes toxicomanes présentant des indices d'inadaptation sociale grave. On y souligne l'importance d'une offre de services intégrés à long terme plus adaptée à cette clientèle particulière. Quant à lui, le chapitre 7 expose et compare les résultats d'évaluation de divers types de services offerts aux femmes en contexte de maternité et de consommation abusive d'alcool ou de drogue.

Le chapitre 8 présente une analyse sociologique et historique de la contribution de l'organisation du travail moderne au développement des habitudes de consommation abusive. Les lacunes de l'approche traditionnelle des Programmes d'aide aux employés en regard de la toxicomanie y sont relevées. Les auteurs démontrent la nécessité de prendre en compte l'origine multifactorielle des problèmes de consommation dans la création de services intégrés adaptés à la réalité du monde du travail.

Les deux derniers chapitres décrivent des exemples d'actions novatrices en intégration des services dans le contexte européen. Le chapitre 9 porte notre attention sur le réseau EVITA (Évaluation, Indication, Traitement et Accompagnement) mis en place dans le canton de Vaud en Suisse afin de répondre aux besoins des usagers ayant des difficultés avec l'alcool. On y présente en détail comment ce dispositif centré sur les patients plutôt que sur les institutions permet l'harmonisation de la prise en charge des usagers à l'intérieur du canton et l'amélioration de la situation globale de ceux-ci au cours du suivi. Enfin, le chapitre 10 analyse l'évolution des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) visant la prise en charge des *addictions* dans les hôpitaux français de 1990 à aujourd'hui. Malgré les limites de ces pratiques, on y démontre que le repérage et l'intervention brève effectués par les ELSA dans les hôpitaux aident les patients à modifier leurs comportements liés à la consommation d'alcool. Aujourd'hui, les ELSA sont présentes dans la quasi-totalité des établissements français disposant d'un Service d'Accueil d'Urgences.

En somme, ce livre au contenu structuré et à la présentation claire s'appuie sur une documentation récente, appropriée et diversifiée. De toute évidence, il intéressera les intervenants et les gestionnaires qui œuvrent dans le champ de la toxicomanie. À sa lecture, ils élargiront leur vision de l'intervention en toxicomanie aux secteurs d'intervention connexes au leur. Ils seront encore mieux sensibilisés à l'importance des échanges et des relations entre les services et les ressources pour le mieux-être des personnes aidées. Ils y trouveront en ce sens l'occasion de porter un regard critique sur leurs propres pratiques et sur l'organisation des services qui encadre cette pratique. De même, il intéressera sans doute leurs collègues d'autres domaines de la santé et des services sociaux qui peuvent aussi venir en aide à des personnes aux prises avec des problèmes causés par leur consommation d'alcool ou de drogues. Ces professionnels sont parfois confrontés aux défis spécifiques à l'intervention auprès de ces personnes, sans y être adéquatement préparés ni avoir les connaissances suffisantes pour faciliter l'accès aux services appropriés à leurs besoins. En ce sens, cet ouvrage ouvre la porte sur des pistes de réflexion et de solution fondamentales pour tous les professionnels soucieux d'intervenir à l'aide des meilleures pratiques auprès des personnes qui présentent des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives.

**Descripteurs :**

Toxicomanie - Traitement // Drug abuse - Treatment

# *Person-Centered Diagnosis and Treatment in Mental Health. A Model for Empowering Clients*

## Piste de lecture

by Peter D. Ladd and AnnMarie Churchill, Jessika Kingsley Publishers, Philadelphia, 2012, 353 pages.

Résumé et commenté par  
Yves Couturier, Ph. D., et  
Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.

### **Penser l'intervention en santé mentale au travers des indices cliniques non psychiatriques**

Les études sur la problématique de la santé mentale ont, depuis de nombreuses années, contribué à la transformation des pratiques professionnelles et de l'organisation des services, notamment en raison d'une forte volonté d'humaniser les soins aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'ouvrage de Ladd et Churchill s'inscrit dans cette perspective. Ces auteurs proposent un modèle de coopération du diagnostic et du plan de traitement d'un problème de santé mentale par un intervenant et la personne souffrant de ce problème.

L'ouvrage se divise en trois parties. La première, en fait le premier chapitre, explicite la position des auteurs et énonce clairement la structure des chapitres suivants. Les auteurs y montrent les constituantes de leur modèle général, centré sur les manifestations du problème de santé mentale dans la vie quotidienne de l'utilisateur, plutôt que sur l'étiologie de la maladie. Le livre propose donc de privilégier une perspective clinique et pragmatique issue de l'observation, dans la vie de l'utilisateur, des effets du problème de santé mentale, plutôt qu'une perspective étiologique (les symptômes) et scientifique, pour établir un diagnostic

et un plan de traitement. Alors que le DSM-IV propose une liste de symptômes que l'intervenant cherchera à repérer chez une personne, les auteurs proposent plutôt d'étudier la situation clinique à partir de leur modèle qui décrit de façon générale les comportements observables chez la plupart des personnes souffrant d'un trouble particulier.

La seconde partie du livre regroupe huit chapitres présentant chacun un désordre mental (déficit de l'attention avec hyperactivité, personnalité limite, boulimie, dépression, trouble anxieux généralisé, personnalité obsessionnelle/compulsive, trouble d'opposition, stress post-traumatique), alors que la dernière partie comprend huit chapitres qui décrivent des configurations de traits de personnalité potentiellement pathologiques (personnalité abusive, intimidation, fatigue de compassion, violence latérale, solitude, deuil, autodestruction).

Les 15 chapitres thématiques ont une structure commune. Ils débutent tous sur un modèle clinico-pragmatique particulier pour chacun des désordres et des configurations de traits de personnalité étudiés, soit six comportements ou affects reliés entre eux de façon circulaire. Chaque dimension est illustrée à partir d'un cas clinique qui sera fort utile à l'intervenant. Des stratégies très générales sont par la suite présentées pour soutenir le travail d'adaptation de l'intervention à la situation clinique singulière. Par exemple, dans le cas du déficit d'attention, l'agitation provoque une perte de contrôle, qui conduit éventuellement à de la frustration, puis à des difficultés d'adaptation, etc.

### **Une perspective pragmatique au détriment des apports de la science**

Basé sur la tradition d'antipsychiatrie, l'ouvrage rejette l'entrée par l'étiologie qu'incarne de façon archétypique le DSM-IV. Cette critique classique fait ici davantage l'objet d'un postulat axiologique que d'une analyse rigoureuse des travaux cliniques non psychiatriques portant

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 119-120.

sur les thématiques en question. Les modèles clinico-pragmatiques proposés auraient pu être fondés sur des travaux scientifiques empiriques, pourtant nombreux dans le domaine, et qui ne sont pas campés du côté de la seule logique étiologique. Or, l'ouvrage ne cite que très peu d'articles scientifiques qui auraient pu étayer le point de vue des auteurs dans leurs choix de dimensions pour concevoir leurs 15 modèles clinico-pragmatiques. De même, l'ouvrage s'appuie sur les principes très connus de *person-centered care* et *empowerment*, sans faire un effort de définition soutenu.

### **Un ouvrage utile, mais qu'il faut adapter au contexte québécois**

Malgré la prétention pragmatique des auteurs, plusieurs dimensions du réel sont esquivées dans cet ouvrage. À titre d'exemple, les auteurs ne tiennent pas compte des cadres législatifs nationaux qui sont nombreux à interdire à des non-médecins d'établir ou de contribuer au diagnostic. Les proches des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, leurs environnements, l'organisation des services à laquelle ils ont accès, les comorbidités qui les affectent, entre autres, ne sont pas abordés. De plus, les auteurs laissent entendre que les 50 ans d'antipsychiatrie n'ont pas eu d'effets. Or, même si la désinstitutionnalisation est sans aucun doute ardue, l'établissement de diagnostics et de plans de traitement s'effectue souvent dans une perspective collaborative, notamment en réponse à la volonté de tous d'une humanisation de ces pratiques. Le livre semble être écrit à partir d'un monde composé uniquement de médecins de la frange dite *evidence-based medicine*. Or, les services aux personnes souffrant de troubles de santé mentale sont dans les faits surtout offerts par des travailleurs sociaux, des infirmiers, des professionnels d'organismes non gouvernementaux.

### **Conclusion : un ouvrage utile pour les travailleuses sociales non spécialisées en santé mentale**

Il faut souligner que tout rappel du projet d'autonomisation des usagers en santé mentale est utile en travail social. L'ouvrage propose à cet égard une façon simple dans cette optique, en évitant de s'enfermer dans la seule logique d'identification des signes et des symptômes

du problème de santé mentale. Il permet d'établir une alliance thérapeutique plus fondamentale et durable en donnant la capacité à l'utilisateur de contribuer à la définition de son problème à partir de son vécu dans la communauté. Par-delà le diagnostic officiel, la travailleuse sociale généraliste (sur ces questions) peut faire un usage très pertinent des modèles clinico-pragmatiques proposés pour donner un sens à la situation clinique dans laquelle elle est engagée. Malgré leur faible scientificité, ces modèles lui permettront de comprendre, de moduler et d'adapter (dans une certaine mesure) un diagnostic établi par un spécialiste dans le cadre d'un plan de services individualisé. En ce sens, les modèles proposés par Ladd et Churchill permettent à des non-spécialistes du domaine de la psychiatrie de développer un langage interdisciplinaire centré sur l'aspect fonctionnel d'un problème de santé mentale, qui sera toujours vécu par l'utilisateur plus largement qu'à travers sa seule dimension psychiatrique.

#### **Descripteurs :**

Maladie mentale - Traitement // Mental illness - Treatment

sous la direction de Daniel Turcotte et Jean-Pierre Deslauriers, Les Presses de l'Université Laval, Collection travail social, 2011, 190 pages.

Résumé et commenté par  
Annie Gusew, T.S., médiatrice familiale

Cet ouvrage collectif comble une lacune souvent décriée par les personnes qui enseignent l'intervention avec les individus en travail social, soit l'absence de livre de méthodologie sur le sujet, en français et adapté à la réalité du Québec. Comme les auteurs nous le rappellent en introduction, bien qu'il s'agisse de la méthode d'intervention la plus utilisée, peu d'ouvrages sont consacrés aux phases du processus de l'intervention individuelle ainsi qu'aux habiletés, aux techniques et aux stratégies qui lui sont propres. Théoriser sur cette méthode, c'est l'objectif que se sont donné ces enseignants en travail social issus principalement de l'École de service social de l'Université Laval, mais aussi d'autres unités de travail social au Québec. Le livre s'adresse principalement aux étudiantes et étudiants inscrits dans un programme de formation universitaire en travail social. Il leur permettra de comprendre comment accompagner des personnes dans leur processus de changement, sans occulter la complexité d'une telle démarche. Le chapitre sur l'évaluation du fonctionnement social pourra être utile aux travailleurs sociaux du réseau institutionnel dans le contexte de l'entrée en vigueur de la loi 40.

Le livre est constitué de sept chapitres, dont cinq correspondent aux étapes du processus de l'intervention sociale telles que circonscrites par

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 121-123.

les auteurs. Il s'agit : 1) de la prise de contact; 2) de l'évaluation psychosociale; 3) de l'élaboration du plan d'intervention; 4) de l'exécution de l'action; et 5) de la fin de l'intervention. Le premier chapitre est consacré à la nature et aux fondements de cette méthode et le dernier présente quelques approches en travail social.

Dans le chapitre 1, Sylvie Thibault s'attarde à la nature et aux fondements de l'intervention sociale personnelle. Elle fait la présentation succincte des étapes du processus de l'intervention qui seront reprises de manière élaborée dans les chapitres subséquents. Après avoir proposé une définition de l'intervention individuelle en travail social, elle fait quelques rappels historiques qui ne couvrent cependant pas la période de 1970 à aujourd'hui. Considérant les nombreux changements qui se sont produits durant cette période et qui ont eu des répercussions directes sur l'intervention avec les individus, il aurait été souhaitable de le faire. À titre d'exemple, mentionnons l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la réingénierie de l'État amorcée au début des années 2000. Par contre, l'importance à accorder aux valeurs et aux principes éthiques dans l'intervention sociale est abordée.

Dans le chapitre 2, Pierre Turcotte cerne les quatre étapes de la prise de contact lorsqu'une personne s'adresse à un travailleur social pour une situation difficile. Ces étapes sont : 1) la demande d'aide; 2) l'établissement d'une relation de confiance; 3) l'analyse de la situation présentée; et 4) l'orientation de celle-ci. Il insiste sur l'importance d'établir une relation de confiance et de collaboration avec la personne aidée ainsi que de distinguer la personne de son problème. À cette étape, quatre habiletés sont considérées comme essentielles : l'empathie, la conscience de soi, l'authenticité et l'assurance. Les auteurs insistent ensuite sur l'importance d'une communication efficace. D'ailleurs, dans la section qui traite de l'écoute et des habiletés de communication, l'encadré qui présente les différentes composantes du

modèle de communication développé par Beaudry et Boisvert permet de saisir les éléments à l'œuvre. Enfin, en guise de conclusion, les auteurs soulignent les enjeux liés à cette phase, tels la méfiance, l'ambivalence et les phénomènes de transfert et de contre-transfert.

Le chapitre 3, rédigé par Marc Boily et Sonia Bourque, traite de l'évaluation psychosociale et est rigoureux, bien documenté et critique. Il cerne le rôle de l'évaluation, l'importance qu'elle soit *une activité continue, interactive et réflexive*, la place que la personne occupe à l'intérieur d'un tel processus comme experte de sa propre vie, ainsi que ce que les auteurs entendent par fonctionnement social. Non seulement ce chapitre permet de s'approprier les cinq sections qui constituent un rapport d'évaluation psychosociale, mais il donne aussi des pistes sur les questions auxquelles il faut pouvoir répondre à l'intérieur de ce processus. Ainsi est précisé ce qui doit se retrouver dans un rapport d'évaluation : le contexte de l'évaluation, les caractéristiques de la personne, les caractéristiques de l'environnement, l'analyse et la synthèse dans une perspective de fonctionnement social et enfin l'opinion professionnelle qui détermine les actions à mener pour dénouer la situation problème. Les auteurs rappellent l'importance de s'appuyer sur les propos de la personne pour rédiger les trois premières parties. Ce chapitre a d'ailleurs servi à l'OTSTCFQ pour l'élaboration du cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social.

Dans le chapitre 4, Gilles Tremblay aborde la question de l'élaboration du plan d'intervention. Il précise les obligations juridiques qui s'y rattachent selon le contexte dans lequel les services sont donnés. À juste titre, il distingue le contrat du plan d'intervention qui est un outil au service de l'intervention. Il s'ensuit une présentation des divers types de plan d'intervention qui existent actuellement. Cette section sera fort utile pour les néophytes. Le chapitre se termine sur les éléments qui constituent un tel plan. Bien que le chapitre présente une vignette clinique, considérant les difficultés qu'éprouvent les jeunes professionnels lors de la rédaction d'un plan d'intervention, un exemple de plan aurait été apprécié.

Le chapitre 5, rédigé conjointement par Marie Drolet et Madeleine Dubois, traite de manière exhaustive de l'exécution de l'action dans une perspective de travail social. Elles y précisent d'abord comment cette étape s'inscrit dans le processus d'intervention, puis elles cernent les rôles exercés par un travailleur social. *L'art d'intervenir* est regardé du point de vue de la personne puis du contexte social. Ainsi, elles parlent de ce qui favorise l'écoute, de l'importance des silences, de la manière de formuler des questions en vue de l'exploration, de l'importance de la qualité de l'accompagnement ainsi que de la reconnaissance des difficultés liées à tout changement. Il en est de même lorsqu'on aborde *l'art d'intervenir selon le contexte social*. Elles mentionnent alors qu'il faut savoir mobiliser les ressources et travailler dans les *espaces de jeu*. Le chapitre se termine sur une réflexion sur des problèmes éthiques et une conclusion reprend de manière articulée les principales idées.

Le chapitre 6, dont Daniel Turcotte est l'auteur, aborde la question de la fin de l'intervention. Il nous rappelle que cette étape est cruciale puisqu'elle permet de consolider les changements, mais qu'elle est souvent escamotée. Il distingue une fin planifiée d'une fin qui survient même si les objectifs n'ont pas été atteints. Par souci de rigueur, il propose différents outils pour mesurer le changement qui pourront paraître trop complexes à utiliser pour les lecteurs non familiers. Les sections qui parlent de travailler à maintenir les acquis et de désengager émotionnellement les personnes permettent de bien circonscrire cette phase. Il soulève aussi des enjeux en lien avec le rôle de stagiaire.

Enfin, dans le dernier chapitre 7, Louise Carignan relève le défi de présenter certaines approches cohérentes avec une perspective de travail social, en d'autres termes, des approches propices à l'intervention sur les transactions entre la personne et son environnement social qui s'inscrivent dans les finalités du travail social. Ainsi, après avoir distingué les concepts d'*approche* et de *modèle*, souvent confondus dans les écrits, elle présente les concepts-clés et les implications pour l'intervention de trois approches : 1) l'approche systémique; 2) l'approche bioécologique; et 3) l'approche

structurelle. Enfin, elle conclut sur leurs points de convergences et de divergences.

En guise de conclusion, ce livre s'adresse à des personnes qui souhaitent se familiariser, ou avoir un rafraîchissement, des notions générales de l'intervention individuelle. Pour un approfondissement, certains sujets demeurent incontournables et devraient faire l'objet de lectures complémentaires, par exemple : sur la question du genre, compte tenu des difficultés à concilier les exigences de la masculinité traditionnelle et de la demande d'aide; sur l'utilité des concepts de résonance et d'autoréférence de l'approche systémique comme levier d'intervention; ou sur d'autres approches s'inscrivant dans les finalités du travail social telle l'approche narrative.

Il ne me reste qu'à vous souhaiter bonne lecture!

**Descripteurs :**

Service social personnel // Social service case workers

## *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*

## **Piste de lecture**

sous la direction de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques, T.S., Les Presses de l'Université Laval, 2012, 184 pages.

Résumé et commenté par  
Isabelle Côté, T.S

Cet ouvrage concerne la maltraitance des enfants et est sous la direction de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques, toutes trois membres du Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR) de l'Université Laval. D'entrée de jeu, les auteures précisent que le contenu de ce volume en est un d'enrichissement et d'analyse sur les enjeux actuels de la maltraitance. Elles soulignent que cet ouvrage est destiné aux professionnels de la santé et de l'adaptation psychosociale qui disposent déjà d'un certain bagage de connaissances théoriques ou expérimentelles dans le domaine. Cette mise en garde est assortie d'une référence à un livre de base à propos de la violence à l'égard des enfants en milieu familial<sup>1</sup>.

Préoccupée par le transfert des connaissances scientifiques les plus pertinentes aux milieux de pratique, l'équipe de rédaction a pu compter sur l'expertise de 22 auteures et collaboratrices<sup>2</sup>. Ces chercheuses formées dans différentes disciplines sont issues de plusieurs universités québécoises dans lesquelles on retrouve des centres de recherche axés sur les mauvais traitements faits aux enfants. Ces centres travaillent en partenariat avec des milieux de pratique tels que les Centres jeunesse de Québec et de Montréal et la Clinique d'intervention des troubles anxieux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Il nous importe de souligner que le choix du sujet traité dans cet ouvrage est très pertinent. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la maltraitance des enfants est un problème de santé publique mondial et grave. Les auteures ont bien documenté l'ampleur de la prévalence en recensant les plus récentes recherches épidémiologiques faites en Amérique du Nord ainsi que dans les pays anglo-saxons et dans de nombreux autres pays européens. Elles ont par contre été étonnées de n'avoir pu repérer aucune étude épidémiologique dans la francophonie européenne. En ce qui a trait à une définition du concept de maltraitance, les auteures se réfèrent à celle de l'OMS : « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes ses formes de mauvais traitement physiques/et ou/ affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de mauvais traitement négligent, ou d'exploitation commerciale, ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (p. 2).

Bien qu'elles aient privilégié une définition très large de la maltraitance, les auteures soulignent toutefois que « leur ouvrage porte plus particulièrement sur les manifestations physiques et psychologiques de maltraitance, qu'elles prennent la forme d'actes commis (violence, abus, agression) ou d'omission de répondre aux besoins de l'enfant (négligence) » (p. 2). La ligne directrice de l'ouvrage est également précisée, soit l'intervention en matière de maltraitance en misant sur un continuum prévention-intervention-traitement des séquelles.

La structure de l'ouvrage est classique. En plus de l'introduction, de la conclusion et des notes biographiques, on retrouve six chapitres très bien documentés. L'introduction et le chapitre 1 sont l'œuvre de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques. L'introduction intitulée *Le fardeau de la maltraitance* énonce, de façon simple et efficace, des

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 124-126.

notions essentielles sur la maltraitance des enfants et ses principaux impacts humains et économiques. Le chapitre 1, *Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants?*, retiendra l'attention des adeptes de la prévention sociale. Les auteures rapportent de façon critique et éthique deux écoles de pensée à concilier : les approches basées sur les données probantes et celles centrées sur le pouvoir d'agir et la participation sociale. Avec justesse et sans favoriser une approche au détriment de l'autre, elles rappellent qu'avant d'implanter un programme, il faut non seulement s'assurer qu'il a été évalué, mais vérifier comment il a été évalué. En page 15, on retrouve un tableau regroupant les définitions des différentes stratégies d'intervention couvrant tout le continuum préventif. Ensuite, de nombreux programmes préventifs font l'objet d'une description détaillée incluant leur efficacité. Nous avons apprécié les trois encadrés qui présentent des programmes préventifs destinés aux enfants et aux parents dont le *Triple P (Positive Parenting Program)*.

Chantal Cyr, Ellen Moss, Diane St-Laurent, Karine Dubois-Comtois et Michèle Sauvé enchaînent avec le chapitre 2, *Promouvoir le développement d'enfants victimes de maltraitance : l'importance des interventions relationnelles parent-enfant fondées sur la théorie de l'attachement*. Bien qu'un peu long, le titre reflète bien le propos des auteures. Il est question des fondements théoriques des programmes d'intervention axés sur la relation parent-enfant, soit le modèle écologique transactionnel et la théorie de l'attachement. La figure 1 en page 49 facilite la compréhension des éléments du modèle. Les intervenants apprécieront sûrement la présentation plus spécifique du programme d'intervention d'Ellen Moss et de ses collègues qui a cours, au Québec, depuis huit ans auprès d'enfants maltraités de zéro à cinq ans. Un tableau (p. 57) schématise le déroulement d'une séance d'intervention relationnelle selon leur protocole et est suivi par la présentation d'un exemple clinique très convaincant. En conclusion, les auteures insistent sur l'importance de la formation/supervision continue des intervenantes pour assurer l'intégrité et le succès de l'intervention.

Le chapitre 3, *Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance*, sous la responsabilité de

Danielle Nadeau, Christiane Bergeron-Leclerc, Eve Pouliot, Myriam Chantal et Mélanie Dufour, propose un portrait clinique des jeunes victimes de maltraitance et donne des pistes explicatives de la grande prévalence des troubles mentaux chez les enfants maltraités. La psychopathologie développementale est le cadre d'analyse privilégié. Ce champ d'études souscrit à l'importance de différents domaines d'études pour comprendre l'apparition des psychopathologies et leur influence sur l'adaptation d'un individu. Faisant état de l'expérience du Centre jeunesse de Québec qui a mis sur pied un service de consultation clinique de deuxième niveau en matière de suicide-santé mentale, les auteures en appellent à la collaboration interorganisationnelle, interdisciplinaire et parfois intersectorielle dans l'organisation des services d'aide aux jeunes.

*Portrait du développement cognitif de l'enfant victime de maltraitance* est le titre du 4<sup>e</sup> chapitre rédigé par Julie Morin, Marie-Ève Nadeau, Danielle Nadeau, Pierre Nolin, Marc Bigras et Marie-Claude Guay. Ce chapitre souligne l'apport des neurosciences et de la traumatologie développementale dans la compréhension des effets délétères de la maltraitance. Son contenu est très spécialisé et d'un tout autre registre que celui auquel l'intervenante sociale est généralement habitué. Les efforts de vulgarisation du contenu médical propre à ce champ de recherche sont notables. L'utilisation de trois figures (p. 100, 102 et 103) portant sur les mécanismes neurobiologiques permet d'appivoiser comment le développement cérébral peut être perturbé par de mauvais traitements durant l'enfance. Dans un contexte de pratiques interdisciplinaires, la contribution de la neuropsychologie et des neurosciences peut soutenir le processus d'intervention psychosociale destiné à l'enfant victime de maltraitance.

Le chapitre 5, sous la plume de Katie Cyr, Claire Chamberland, Geneviève Lessard, Marie-Ève Clément et Marie-Hélène Gagné, a pour titre *La polyvictimisation des jeunes*. La polyvictimisation (ou victimisation multiple) désigne les jeunes qui subissent un nombre élevé de victimisations différentes (intimidation par les pairs, abus de pouvoir par un adulte, etc.) comportant des épisodes distincts au cours d'une année. Des liens sont faits entre les différentes formes de victimisation et

les conséquences multiples et graves de la polyvictimisation sont démontrées. Ce courant de recherche en émergence replace donc la maltraitance des enfants dans un contexte plus large. En conclusion, les auteures « invitent les praticiens, chercheurs et décideurs à adopter une approche globale dans la compréhension de la victimisation des enfants, afin de décloisonner les politiques publiques et les programmes qui interviennent trop souvent de manière sectorielle » (p. 136).

Le dernier chapitre, *Mauvais traitements et diversité culturelle : bilan des connaissances et implications pour la pratique*, de Sarah Dufour, Ghayda Hassan et Chantal Lavergne, révèle un contenu novateur et confrontant. La première phrase du chapitre donne rapidement le ton du propos : « Les liens entre mauvais traitements et diversité culturelle constituent un thème sensible et politisé » (p. 143). S'appuyant sur une importante recension d'écrits, incluant des études québécoises, les auteures démontrent la disproportion (surreprésentation) des enfants issus des minorités visibles dans le système d'aide. Des facteurs explicatifs sont énumérés, dont les difficultés économiques des familles ethniques, mais aussi la présence de discrimination et de préjugés dans le système d'aide, notamment de la part des services de protection de la jeunesse. Enfin, les auteures énoncent des recommandations pour l'intervention, par exemple accroître la compétence culturelle des intervenants. Elles précisent que l'actualisation de ces recommandations doit s'appuyer sur une réelle réflexion collective, complexe et créative visant à mieux répondre aux besoins des enfants vulnérables issus des communautés culturelles.

La conclusion de cet ouvrage, *Contre la maltraitance : une mission réaliste et porteuse d'espoir*, de Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques, constitue à la fois une synthèse des sujets traités et un plaidoyer bien senti en faveur d'une plus grande utilisation de la prévention dans la lutte contre la maltraitance.

Nous avons beaucoup apprécié la rigueur scientifique, le contenu souvent novateur de ce volume et le fait qu'il témoigne d'un réel souci de collaboration avec les milieux de pratique, particulièrement les centres jeunesse. Pour compléter le contenu de ce volume, particu-

lièrement concernant le volet prévention de la maltraitance, il aurait été intéressant et pertinent d'y trouver quelques illustrations de collaboration des chercheuses avec les Centres de santé et de services sociaux ou encore de mentionner pourquoi l'ouvrage n'abordait pas cette question. Le chapitre 4 qui traite du portrait du développement cognitif de l'enfant maltraité s'avère plus hermétique pour les professionnels de disciplines sociales. Bien que les auteures n'en fassent pas mention, nous croyons qu'il serait approprié de prévoir une sensibilisation des intervenants sociaux sur ce domaine de recherche si l'on veut réussir une collaboration interprofessionnelle efficace. De nombreux enjeux se dégagent de l'ensemble des chapitres présentés. Ils appellent des changements d'organisation de services, d'intervention, de formation continue et nous invitent à une réflexion sociétale sur les valeurs qui guident nos pratiques.

#### **Descripteurs :**

Enfants maltraités // Child abuse

#### **Notes**

- 1 Clément, M. È., Dufour, S. (EDS). (2009). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou : les Éditions CEC.
- 2 Considérant le grand nombre de chercheuses de cet ouvrage et la présence de seulement deux auteurs masculins, nous avons opté pour la féminisation du texte. L'utilisation du féminin dans cette piste de lecture inclut également le masculin.

sous la direction de Suzanne Léveillé et Julie Lefebvre, Presses de l'Université du Québec, 2011, 170 pages.

Résumé et commenté par  
Normand Brodeur, T.S.

Le livre *Le passage à l'acte dans la famille* vise à mieux comprendre comment un individu en vient à tuer un membre de sa famille. Il s'intéresse aux formes les plus fréquentes d'homicide familial, soit l'homicide conjugal (47 % des cas), le filicide (meurtre d'un enfant par un parent; 21 % des cas) et le parricide (meurtre d'un parent par un enfant; 13 % des cas). Le livre regroupe sept articles scientifiques auxquels ont contribué neuf auteurs, sept femmes et deux hommes. Ces auteurs proviennent principalement de la psychologie (6/9) et de la psychiatrie, bien qu'une criminologue et une sociologue soient aussi du nombre. Les éditrices, Suzanne Léveillé et Julie Lefebvre, toutes deux professeures au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ont rédigé quatre des sept chapitres. Mme Léveillé cosigne aussi un chapitre supplémentaire et signe la conclusion. Leur contribution commune à l'ouvrage est donc importante.

La première partie de l'ouvrage (trois chapitres) examine l'homicide conjugal commis par les hommes, celui-ci constituant la forme la plus fréquente des homicides entre conjoints. Les auteures Lefebvre, Léveillé et Galdin présentent les résultats de trois recherches. En se basant sur 23 cas pris dans des établissements de détention fédéraux au Québec, la première dresse le profil des hommes auteurs

d'homicides. À la lumière des résultats, on découvre que le meurtrier typique a 37 ans, est né au Canada, a une scolarité secondaire et occupe un emploi. Il utilise une arme blanche pour commettre son crime. Il a par ailleurs subi de mauvais traitements dans l'enfance, exercé de la violence conjugale contre sa partenaire et vécu une séparation récente. Il n'a, dans la plupart des cas, pas demandé d'aide à un intervenant. La seconde recherche compare le profil de 23 hommes qui ont tué leur conjointe à celui de 21 hommes qui ont exercé de la violence conjugale sans commettre d'homicide. Les résultats montrent notamment que les auteurs d'homicides ont exercé moins de violence conjugale que le groupe de comparaison, ce qui remet en question la notion de continuum selon laquelle l'homicide constitue le point culminant d'une escalade de la violence envers la conjointe. Ces hommes sont par ailleurs moins impulsifs, ce qui laisse penser qu'ils contrôlent mieux leur monde interne. Enfin, la troisième recherche compare un groupe de 95 hommes ayant tué leur conjointe à 40 autres ayant commis le même geste et s'étant par la suite suicidés. En se basant sur l'analyse de dossiers, elle montre que les hommes qui commettent un homicide et se suicident se distinguent par la présence de certains signes précurseurs (achat d'une arme à feu, mort évoquée), par des variables situationnelles (séparation ou divorce) et par des variables psychologiques (symptômes dépressifs et trouble de la personnalité limite).

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à une comparaison entre les homicides conjugaux commis par les hommes et les femmes. Dans le premier texte, Mercader, Houel et Sabota analysent 337 « crimes passionnels » survenus en France, dont 46 ont été décortiqués plus en détail. Après avoir constaté que les hommes sont beaucoup plus nombreux à tuer leur conjointe que les femmes à tuer leur conjoint (78 % contre 22 %), les auteures notent « que les hommes tueraient plutôt pour "garder" les femmes, tandis que les femmes

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 127-129.

seraient souvent amenées à tuer plutôt pour se débarrasser de leur conjoint » (p. 77). Elles soulignent « le caractère profondément destructeur de l'inégalité des sexes » (p. 88), tout en dénonçant les modèles familiaux fondés sur l'emprise. À cet égard, l'étude révèle qu'hommes et femmes ont grandi dans des milieux pathogènes incitant les premiers à considérer les femmes comme leur propriété et interdisant aux secondes toute autonomie. De façon complémentaire, le second texte (Léveillé, Lefebvre et Galdin) examine les motivations et les caractéristiques psychologiques d'un groupe d'hommes (n = 27) et de femmes (n = 27) ayant commis un homicide conjugal. La comparaison des dossiers indique des différences significatives entre les deux groupes. Ainsi, les homicides commis par les femmes sont motivés par l'autodéfense ou par les intérêts financiers, tandis que ceux commis par les hommes le sont principalement par le désir d'exercer des représailles à la suite d'une séparation amoureuse. De plus, les hommes présentent plus souvent que les femmes des traits de personnalité liés à la rancune, à l'irritabilité et à la volonté d'éviter l'abandon.

La troisième partie est consacrée à l'homicide intrafamilial. Elle débute par un chapitre dans lequel Auclair et Millaud, cliniciens à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, décrivent leur pratique auprès de parricides psychotiques et de leurs familles. Dans ces cas, les interventions ont pour principal enjeu le réaménagement relationnel. En effet, le meurtre d'un parent entraîne des réactions traumatiques tant chez le meurtrier que chez les membres de sa famille et il occasionne des modifications majeures dans les relations familiales. L'équipe soignante doit alors aider les personnes à repenser ces relations en fonction des séquelles subies par chacun. Les auteurs expliquent comment ils poursuivent cet objectif au cours de chaque phase de l'intervention, soit l'évaluation, l'élaboration du plan de traitement, la préparation de la sortie de l'hôpital et la période après la sortie. Le chapitre qui clôt la troisième partie amène le lecteur dans un tout autre univers, soit celui de la confession de l'homicide lors de l'interrogatoire policier. Les auteurs Vaillancourt et Léveillé ont étudié les dossiers d'hommes et de femmes ayant commis un homicide conjugal (n = 59), un filicide (n = 42)

ou un parricide (n = 26) afin de déterminer les variables associées au fait de confesser ou non le crime à la police. D'entrée de jeu, ils précisent que l'acte de confession n'est pas influencé par le type d'homicide commis. Globalement, les taux observés sont plus élevés pour ce type de crime que pour les autres, possiblement à cause de la forte composante affective qui caractérise l'ensemble de ces situations et qui rend les individus plus fragiles face à la pression psychologique exercée lors des interrogatoires.

Sur le plan de la forme, ce livre pourra paraître difficile d'accès aux lecteurs qui sont moins habitués à lire des communications scientifiques. Le langage technique utilisé, les précisions méthodologiques, la présentation de tableaux de données ou le recours à certaines statistiques pourront en rebuter certains.

D'autre part, la compilation d'articles offre un moins grand niveau d'intégration que ce que l'on pourrait retrouver dans d'autres types de livres. On note par exemple la répétition de plusieurs informations d'un article à l'autre et parfois même dans le même article.

L'introduction et la conclusion sont toutes deux très brèves. On aurait souhaité un effort un peu plus grand des éditrices pour mettre les études en contexte et en dégager des pistes pour l'intervention. Sur le plan du contenu, le sous-titre du livre indique que l'on entend présenter les perspectives psychologique et sociale permettant de bien comprendre le phénomène des homicides intrafamiliaux. Il est vrai que la plupart des chapitres considèrent l'influence de variables sociodémographiques et situationnelles. Le volet « social » est toutefois peu théorisé. La perspective psychologique est celle qui domine.

Bien que les homicides intrafamiliaux constituent un phénomène rare, ils préoccupent par leur impact sur les familles et les communautés affectées. Ils interpellent l'ensemble de la société et plus particulièrement les établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont un important rôle à jouer de prévention. La préoccupation est telle que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a récemment mandaté un comité d'experts pour étudier la question à la suite d'une série de cas très médiatisés. Ce comité considère tant la recherche que la

formation comme des moyens privilégiés de prévenir ce type d'homicides (MSSS, 2012). Le livre de Suzanne Léveillé et Julie Lefebvre paraît à cet égard tout à fait d'actualité puisqu'il met à la disposition des intervenants une compilation de recherches récentes effectuées principalement au Québec. Cette caractéristique constitue un atout considérable puisqu'une majorité d'études dans ce domaine proviennent des États-Unis où le contexte est quelque peu différent, notamment à cause d'un accès plus facile aux armes à feu. L'ouvrage est donc d'un grand intérêt pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux concernés par les problématiques liées à la famille, dont ceux et celles qui travaillent en violence conjugale, en médiation familiale, en protection de la jeunesse et en centre de crise.

**Descripteurs :**

Homicide // Homicide

**Référence**

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS; 2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*. [En ligne] : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-803-02.pdf>.

**sous la direction de Bruno Bourassa,  
Mehdi Boudjaoui, avec la  
collaboration d'Isabelle Skakni,  
Collection Pratiques  
d'accompagnement professionnel,  
PUL, 2012, 204 pages.**

Résumé et commenté par  
*Claude Larivière, Ph. D., T.S.*

Fruit d'une collaboration entre six auteurs français et quatre auteurs québécois, *Des recherches collaboratives en sciences humaines et sociales* est un ouvrage qui s'intéresse aux enjeux qui découlent de l'interaction entre praticiens et chercheurs. Si cela pose d'emblée la question « En quoi peut-on différencier la recherche collaborative d'autres méthodes impliquantes telles la recherche-action ou l'observation participante » (page 4), l'accent des différents auteurs sera surtout centré sur les particularités d'un travail de recherche partenarial dans des contextes souvent imprévisibles. Cela nous amène à formuler nos propres questions : L'engagement à collaborer des chercheurs se traduit-il par une perte du caractère scientifique qui exige de conserver un certain niveau objectif à la posture empruntée? Et puis, quelle est la place de ces « collaborateurs » du terrain, de ces praticiens du quotidien? Voilà autant d'interrogations transversales que ce groupe d'universitaires a voulu partager à l'occasion d'un colloque organisé dans le cadre du colloque de 2010 de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS) et qui les ont conduits à nous offrir cette publication en six chapitres.

Dans le premier chapitre, Bruno Bourassa, Chantal Leclerc et Geneviève Fournier

explorent le sens à donner au fait d'« assumer et [de] risquer une posture de recherche collaborative ». Leur propos s'appuie sur l'expérience menée dans le cadre d'une recherche dans une entreprise d'insertion par l'économie sur le marché du travail. Ils constatent qu'intervenir comme chercheurs dans un milieu signifie composer avec les conflits, les contradictions et les paradoxes qui l'incarnent. Cela pose indirectement la question de la légitimité des partenaires et de leurs attentes. Cinq ancrages les guident dans une démarche de recherche : adopter une perspective systémique, piloter la démarche, stimuler la réflexivité des praticiens impliqués, se servir de sa propre expérience et de ses connaissances comme chercheur, viser l'idéal mais accepter de réaliser le possible.

Par la suite, Marie Verspieren et Eduardo Chia exposent leur perception du « Rôle d'une recherche-action sur la diffusion des savoirs et la modification du contexte social », ce qui les conduit à explorer des contextes culturels où existent des logiques différenciées nécessitant qu'ils agissent comme médiateurs entre les environnements. Ces rôles s'expliquent du fait que ce projet fut mené au Burkina-Faso dans le cadre d'un projet de soutien au développement rural qui comportait beaucoup d'apprentissages techniques avant de pouvoir créer une communauté d'apprentissage.

Au troisième chapitre, Gilles Leclercq et Renata Varga posent directement la question : « Collaborer oui, mais comment? », à partir d'une intervention menée avec des enseignants volontaires, des chercheurs en éducation et en environnement informatique pour des apprentissages humains. Il s'agissait dans les faits de coconstruire (au sens d'une communauté de pratique) un forum autour d'un environnement numérique favorisant l'enseignement.

Dans le quatrième chapitre, Mehdi Boudjaoui s'intéresse à « La production des savoirs dans les recherches participatives : entre processus délibérés et processus contingents » dans le cadre de formations menées avec des profes-

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.  
Numéro 138 (2013.1) : 130-131.**

sionnels en soins infirmiers. L'auteur s'intéresse au défi à surmonter en voulant concilier la rigueur scientifique avec la méthode de la recherche participative. Entrer dans les organisations signifie interpellier des praticiens; on peut y voir une forme de dynamique de groupe que compliquent les rapports hiérarchiques. Comment s'exprimer librement dans un système qui encadre fortement la pratique professionnelle comme en soins infirmiers?

Au cinquième chapitre, Gilles Monceau introduit l'exemple « Socioclinique institutionnelle des pratiques militantes de l'Éducation populaire en France » à partir d'un cas, le soutien à la parentalité. Ces pratiques militantes dans le champ de l'éducation populaire peuvent aussi revêtir des aspects plus ambigus en étant de facto instrumentées comme un mode de renforcement d'une politique publique. Comme l'écrivent les auteurs, la démarche donne accès :

« aux contradictions de la pratique, telles qu'elles sont éprouvées par les praticiens. Ici la contradiction entre l'exercice d'une influence sur les parents et la production de leur émancipation;

- aux dilemmes idéologiques concernant l'engagement dans des actions contribuant à une politique gouvernementale ayant un versant répressif » (page 131).

Le sixième chapitre permet à Jean-Marc Pilon, qui intervient dans le cadre de la maîtrise en étude des pratiques psychosociales de l'Université du Québec à Rimouski, de souligner comment la recherche collaborative, comme forme de reconnaissance des savoirs d'expérience, peut être mise au service du renouvellement des pratiques psychosociales. Son texte présente le projet « Parle » en prévention du suicide auprès des hommes auquel la revue *Intervention* a déjà consacré un article (« Le projet Parle : une pratique de concertation prometteuse auprès d'adolescents et des jeunes hommes et de leur communauté », 2011, no 135, 97-105).

L'introduction permet de tisser des liens entre ces différents apports. Elle souligne le fait qu'en s'appuyant sur le modèle du « praticien réflexif » proposé par Schön (1993), il est possible d'améliorer une pratique professionnelle en tissant des liens entre l'apport scienti-

fique des universitaires et la réflexivité nourrie par les savoirs tacites de praticiens. Cependant, nous croyons que ce pont entre deux mondes n'est pas sans poser maintes questions épistémologiques et méthodologiques puisqu'il faut constamment l'adapter aux multiples contextes et aux acteurs conviés à y participer.

Ce collectif d'auteurs nous propose un livre au contenu structuré qui intéressera les intervenants ayant déjà vécu une expérience de participation à la recherche dans leur milieu de travail ainsi que les étudiants qui souhaitent utiliser ce type de recherche dans le cadre de leurs études.

#### **Descripteurs :**

Relations praticiens-chercheurs // Relationships between researchers and social workers

par *Jocelyne Lavoie et  
Jean Panet-Raymond,*  
Presses de l'Université  
du Québec, 2011,  
418 pages.

Résumé et commenté par  
*Alain Hébert, T.S.*

Plusieurs publications de qualité ont été produites au Québec sur le thème de l'action communautaire au cours des dernières années. Cette troisième édition du livre *La pratique de l'action communautaire*, dont les précédentes remontent à 2002 et 1996, est cependant la bienvenue. Elle paraît sous la plume de deux des quatre co-auteurs originaux, Jean Panet-Raymond et Jocelyne Lavoie, qui s'adjoignent de nouveaux collaborateurs pour traiter certains sujets<sup>1</sup>.

Le volume a été restructuré en deux grandes parties. La première comprend trois chapitres et pose les fondements historiques, axiologiques et méthodologiques des pratiques d'action communautaire. Initialement produit avec le concours du regretté Robert Mayer et revisité de belle façon avec la collaboration de Clément Mercier, le premier chapitre trace un portrait de l'évolution de ces pratiques en les situant dans le contexte social, économique et politique ayant marqué chacune des décennies depuis les années 1960 jusqu'à la toute fin des années 2000. La contribution conjugée des mouvements sociaux et du mouvement communautaire à la société québécoise est mise en évidence, et est rappelé ce qui a permis l'éclosion de ces mouvements avant la Révolution tranquille.

Le second chapitre présente les cinq valeurs que les intervenants en action communautaire reconnaissent comme fondant et inspirant leurs pratiques : la justice sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect. La brève description de chacune renvoie notamment à la dernière version du Cadre de référence du Regroupement Québécois des Intervenants et des Intervenantes en Action Communautaire (2010). On regrette toutefois que les considérations sur l'éthique développées par l'un des auteurs de la première heure (Henri Lamoureux) dans les éditions précédentes du livre aient été retranchées sans que soit proposée une nouvelle perspective sur ce thème devenu pourtant incontournable.

Le chapitre trois, qui clôt la première partie, décrit le processus générique d'intervention communautaire en fonction d'un modèle susceptible de comporter jusqu'à huit étapes réparties en trois phases incontournables : la préparation, la réalisation et l'évaluation. Ce processus est considéré comme devant s'actualiser de manière dynamique et selon une visée de changement social planifié en cohérence avec les valeurs qui lui donnent sens.

La deuxième partie de l'ouvrage, comprenant sept chapitres, porte sur les moyens, les techniques et les outils utilisés dans la pratique de l'action communautaire. Elle s'ouvre par un chapitre rédigé en collaboration avec Jean-François René ayant pour objet la recherche sociale. Celle-ci est vue à juste titre comme une condition indispensable de l'action communautaire. Les défis que pose sa réalisation, notamment à l'ère de la survalorisation des données probantes qui tend à reléguer au second plan les savoirs d'expérience, sont clairement identifiés de même que les rôles variés que peuvent jouer les intervenants.

Le chapitre cinq est tout aussi intéressant. Avec la contribution d'Anna Kruzynski, il décrit premièrement à l'aide de nombreux exemples très actuels en quoi consistent ces types d'intervention traditionnels en action

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.**  
Numéro 138 (2013.1) : 132-133.

communautaire que sont la sensibilisation et la mobilisation. Mais il intègre en plus tout un développement sur les moyens de pression et le recours à des tactiques issues de la politique de l'agir et de l'action directe qu'on a vu émerger dans les mouvements sociaux avec l'arrivée du 3<sup>e</sup> millénaire.

Le sixième chapitre se voit également enrichi de la contribution d'une collaboratrice, Sylvie Jochems. Les communications y sont considérées tant sous l'angle de leur nécessité pour la vie interne des groupes que stratégiquement pour l'efficacité de l'action communautaire. Outre l'utilisation des médias de masse traditionnels, un accent est placé sur la pertinence et les possibilités inédites qu'offre l'usage des NTIC telles que le Web, les réseaux sociaux ou encore le téléphone intelligent pour la pratique de l'action communautaire.

Les chapitres sept et huit traitent de l'organisation et l'animation de divers types de rencontres, allant d'un groupe de travail à une assemblée générale, ainsi que de l'organisation et la gestion des organismes communautaires de manière très concrète, avec plusieurs exemples à l'appui. Plus près des éditions antérieures, ils demeurent tout à fait pertinents et témoignent d'une connaissance expérientielle approfondie de la vie des organismes communautaires par les auteurs.

Le neuvième chapitre aborde diverses questions liées au financement. Les dilemmes et les enjeux auxquels sont confrontés les organismes communautaires autonomes pour assurer leur financement dans la conjoncture actuelle marquée par le désengagement de l'État, la présence accrue de fondations privées et la valorisation de la philanthropie sont très bien illustrés, dans toute leur complexité et avec les défis qu'un tel contexte comporte, particulièrement pour les organismes de défense des droits collectifs.

Avec l'apport de William A. « Bill » Ninacs, le dixième chapitre attire l'attention sur les principes participatifs, réflexifs et éducatifs sur lesquels doit reposer l'évaluation des pratiques d'action communautaire, distinguée du bilan, pour relancer l'action. Y sont présentées ses principales étapes, avec la référence à quelques outils simples, mais dont l'efficacité a été éprouvée au fil des ans. Ce dernier chapitre du livre,

comme tous les autres, comporte par ailleurs une bibliographie et une webographie sélectives actualisées.

En somme, les auteurs ont su relever le défi de présenter une édition véritablement à jour de cet ouvrage devenu un classique pour les intervenants communautaires au Québec. Les étudiants en travail social, les intervenants peu ou plus expérimentés ainsi que les militants, les bénévoles et les membres des groupes communautaires y trouveront une excellente source de référence sur l'histoire, la méthodologie et les contextes dans lequel se pratique l'action communautaire aujourd'hui. Les travailleurs sociaux cliniciens pourront y puiser pour leur part des connaissances fort utiles pour agir en collaboration avec les groupes et les organismes investis en action communautaire dans leur milieu.

**Descripteurs :**

Organisation communautaire // Community organization

**Note**

1 À noter qu'une 2<sup>e</sup> édition actualisée a été publiée en 2008.

# Politique éditoriale

La revue *Intervention* est publiée deux fois par année par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Elle est destinée tant aux intervenants, aux chercheurs, aux enseignants qu'aux étudiants en travail social et en thérapie conjugale et familiale. La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et il est possible de s'abonner ou d'en acquérir des exemplaires en faisant la demande par courriel à : [lborne@otstcfq.org](mailto:lborne@otstcfq.org) ou par téléphone aux numéros 514 731-3925 ou sans frais 1 888 731-9420.

Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la pratique et à l'avancement des connaissances dans les différents champs d'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Les articles publiés touchent des questions de fond sur les plans professionnel et scientifique, traitent de manière documentée de questions d'actualité importantes, mettent en évidence et font l'analyse de nouveaux modes de pratique et d'expériences novatrices intéressantes pour le développement des pratiques professionnelles.

Le comité de la revue *Intervention* a retenu un certain nombre de critères à partir desquels se fait l'évaluation des articles qui lui sont soumis.

## Contenu :

Originalité, rigueur logique et méthodologique, actualité, respect de l'éthique, documentation adéquate, contribution au domaine du service social québécois.

## Forme :

Clarté, cohérence, qualité de la langue écrite, style approprié au contenu de la revue et au sujet traité.

La revue *Intervention* accepte des articles inédits, lesquels sont publiés dans la langue originale. Les auteurs qui soumettent un texte s'engagent à ne pas le présenter ailleurs avant d'avoir reçu la décision du comité de la revue *Intervention*.

Les textes doivent être tapés à **double interligne 12 points** et compter **au maximum 35 000 caractères**

(20 pages) **pour un article de fond** ou **au maximum 26 000 caractères** (15 pages) **pour un autre type d'article**, en incluant les notes et les références. L'auteur fera parvenir son texte par courriel à [<revue.intervention@otstcfq.org>](mailto:revue.intervention@otstcfq.org).

Ce courriel devra contenir deux fichiers distincts.

- Le texte et le titre seulement; et
- une fiche personnelle de l'auteur comprenant les renseignements suivants : le nom de l'auteur, son adresse, ses numéros de téléphone et de télécopieur, son courriel, ainsi que son statut professionnel, c'est-à-dire son titre d'emploi ainsi que le nom et l'adresse de son employeur.

Les textes qui ne sont pas conformes à l'une de ces exigences seront retournés aux auteurs.

Tous les articles sont soumis de façon anonyme à **trois lecteurs** du comité de la revue qui en font une évaluation. Par la suite, la décision de publier ou de refuser un article est prise par le comité de la revue qui peut au besoin consulter des experts externes.

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec offre aux auteurs un exemplaire gratuit du numéro d'*Intervention* auquel ils ont contribué.

---

## Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser au :

---

Secrétariat de la revue *Intervention*  
Ordre des travailleurs sociaux et des  
thérapeutes conjugaux et familiaux  
du Québec  
255, boulevard Crémazie Est, bureau 520  
Montréal (Québec) H2M 1M2  
Téléphone : 514 731-3925, poste 228  
Ligne sans frais : 1 888 731-9420  
Télécopieur : 514 731-6785  
Courriel : [lborne@otstcfq.org](mailto:lborne@otstcfq.org)  
Site Web : [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

NB : Un *Guide de rédaction* est disponible sur demande.

*Intervention* Journal is published twice a year by the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (OTSTCFQ). Its contents are of interest to professionals active in the various areas of social work, including field workers, researchers, and teachers as well as students in social work and couples and family therapy. It is distributed free of charge to members of the OTSTCFQ and is also available by subscription. Copies can be requested by email at [lborne@otstcfq.org](mailto:lborne@otstcfq.org) or by calling 514 731-3925 or toll-free 1 888 731-9420.

This publication seeks to contribute to the ongoing improvement of professional practices and the advancement of knowledge in the various areas of practice involving social workers, and couples and family therapists. Its articles deal with fundamental professional and scientific matters, address major current issues with corroborating documentation, present and analyze new practice methods and innovative experiments of interest for the development of professional practices.

The evaluation of the articles submitted to the Editorial Committee is based on the following criteria:

#### Contents:

Originality, rigorous logical development and methodological approach, topicality, respect for ethics, adequate documentation, contribution to the field of social work in Québec.

#### Style:

Clarity, consistency, quality of the writing, style's suitability to the subject matter and the publication's overall contents.

*Intervention* accepts **original** articles in **French** and **English**. English articles are published in English. Authors submitting a manuscript agree to refrain from submitting it elsewhere before receiving the decision of *Intervention's* Editorial Committee.

All manuscripts submitted to *Intervention* must be typed **double-spaced in 12-point font** with a maximum of **35,000 characters** (20 pages) for a **lead article** or a **maximum of 26,000 characters**

(15 pages) for **other articles**, including notes and references. Authors must email their articles to [<revue.intervention@otstcfq.org>](mailto:revue.intervention@otstcfq.org).

This email must contain two separate files.

- The article and title only and
- personal data on the author including the following: author's name, address, fax and telephone numbers as well as professional status, job title and employer's name and address.

Documents that fail to comply with these requirements will be automatically returned to the author.

All articles are submitted anonymously to **three readers** on the Journal's Editorial Committee who will determine their suitability for publication in *Intervention*. Thereafter, a decision as to whether or not to publish an article will be made by the Editorial Committee, which may consult outside experts, if required.

The OTSTCFQ offers contributing authors one complimentary copy of the issue of *Intervention* in which their article appeared.

---

#### For more information or to submit an article, please contact:

---

*Intervention* Journal Coordination  
Ordre des travailleurs sociaux et des  
thérapeutes conjugaux et familiaux  
du Québec  
255 Cremazie Blvd. East, Suite 520  
Montreal, Quebec H2M 1M2  
Telephone: 514 731-3925, ext. 228  
Toll-free: 1 888 731-9420  
Fax: 514 731-6785  
Email: [lborne@otstcfq.org](mailto:lborne@otstcfq.org)  
Web site: [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

N.B. A guide to assist writers in preparing articles for *Intervention* is available upon request.

**Abonnement / Subscription**

**Réabonnement / Renewal of subscription**

Revue *Intervention*

Nom / Name

Adresse / Address

	Numéro / Number	Rue / Street	Appartement / Apartment
Ville / City	Province / State	Code postal / Postal Code	Pays / Country
Téléphone / Phone number		Courriel / Email address	

**Abonnement / Subscription**

**Individu / Individual** 39 \$ (taxes incluses / taxes included)

**Institution / Institution** 51 \$ (taxes incluses / taxes included)

**Abonnement à l'étranger / Foreign Subscription**

**Individu / Individual** 45 \$ (taxes incluses / taxes included)

(Port payé/Postage paid)

**Institution / Institution** 57 \$ (taxes incluses / taxes included)

(Port payé /Postage paid)

**Le paiement doit être envoyé à l'adresse suivante (*cheque payable to*) :**

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

255, boulevard Crémazie Est, bureau 520

Montréal (Québec) H2M 1M2 CANADA

Chèque ou mandat poste à l'ordre de l'OTSTCFQ / *Cheque or money order payable to OTSTCFQ*

Visa

Mastercard

\_\_\_\_\_ > \_\_\_\_\_ X

Date d'expiration SIGNATURE

L'abonnement comprend deux numéros d'*Intervention* et chaque exemplaire coûte 27,45 \$ + taxes = 31,56 \$

*Subscription includes two issues of Intervention and each issue costs 27,45 \$ + taxes = 31,56 \$*

La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et aux étudiants associés.

*The magazine is distributed free of charge to the Members of the OTSTCFQ and also to associated students.*

Vous pouvez vous procurer une édition déjà publiée en écrivant à <revue.intervention@otstcfq.org>.

*Previous issues are available upon request at <revue.intervention@otstcfq.org>.*

TPS / GST : 101162089 = 5 %

TVQ / QPT : 1006163331 = 9,975 %

### THÈME À VENIR

Le comité de la revue souhaite vous faire part du thème qui fera l'objet d'un prochain numéro (février 2014) :

**Le transfert de connaissance de la recherche à la pratique clinique.**

Nous invitons tous les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux à nous soumettre des articles.

Pour tout projet d'article en lien avec ce thème ou sur d'autres sujets, communiquez avec le secrétariat de la revue : lborne@otstcfq.org afin d'obtenir un exemplaire du *GUIDE DE RÉDACTION* d'articles.

Consultez le site Web de l'OTSTCFQ pour les appels de contributions ou pour connaître les dates de publication des prochains numéros à <www.otstcfq.org/fr/docs/public\_communication\_publication>.

#### L'ENCADREMENT JURIDIQUE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Les aspects juridiques sont de plus en plus présents dans notre pratique, notre vie et dans la société en général. Nous aimerions réfléchir, dans ce numéro, à l'aide de vos articles, sur les implications de cet encadrement juridique accru sur les organismes sociaux, sur les praticiens et leur champ d'intervention, sur la clientèle qui consulte et sur les politiques sociales.

Nous vivons dans un contexte sociétal marqué par des changements culturels et sociaux, telle une immigration différente de celle connue antérieurement avec des bouleversements géopolitiques et une cohorte de lois modifiées à un rythme rapide, des échanges interprofessionnels plus importants avec différents pays dans le cadre de la mondialisation.

En tant que professionnel, le membre de l'Ordre est assujéti au *Code des professions*, au *Code de déontologie* de son ordre et aux autres règlements adoptés par le conseil d'administration. Le travailleur social ou le thérapeute conjugal et familial fait également face à un cadre juridique balisant sa pratique en évolution constante. Il est obligé, dans le cadre de sa pratique, de gérer la situation d'un jeune dont la sécurité est compromise, d'un adulte dont l'état mental présente un danger pour lui-même, pour autrui, d'une personne âgée n'étant pas en mesure de donner un consentement éclairé afin de recevoir des services. Toutefois, le travailleur social et le thérapeute conjugal et familial ne sont pas des juristes. Comment les professionnels gèrent-ils ces obligations juridiques ayant une telle importance pour une pratique conforme?

Comment évaluer cette évolution législative portant sur la pratique professionnelle et sur les enjeux principaux actuels qui en découlent? Quels sont les impacts des modifications juridiques sur la formation des praticiens dans les écoles de service social? Qui décide quoi enseigner maintenant? Une comparaison avec ce qui se fait dans d'autres provinces au Canada pourrait être instructive. Comment l'évolution de la législation portant sur la pratique professionnelle oblige-t-elle les institutions, tels les centres de services sociaux, les écoles, les universités, les hôpitaux, les organismes communautaires, à modifier leurs approches?

Il faut distinguer une hyper-judiciarisation, un excès de réglementation, d'une intégration fonctionnelle de la pratique sociale et légale. Il s'agit de démontrer les aspects positifs et négatifs du côté juridique de plus en plus présent. Il est question d'explorer, par exemple, l'évolution de la Direction de la protection de la jeunesse, ses répercussions sur les structures de pratique.

Comment évaluer l'impact de l'entrée en vigueur récente de la loi 21, qui établit pour certains professionnels, dont les membres de l'Ordre, une réserve d'exercice pour des activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines? Le praticien doit composer avec certaines demandes : sa pratique s'en trouve-t-elle modifiée? Est-ce que cela implique des exigences nouvelles de formation? Qu'en est-il de la formation continue?

Comment décrire la pratique selon les lieux où l'on exerce sa profession? Peut-on relever des modèles fonctionnels d'intervention, en lien avec cette importance accrue des aspects juridiques?

Comment la clientèle aidée s'y retrouve-t-elle? Est-elle mieux aidée, mieux encadrée? Si oui, à quel endroit et comment? Dans la négative, dans quel champ de pratique est-ce difficile ou impossible et pourquoi? Les recours des clients prévus dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou dans le *Code des professions* ont-ils un impact sur la pratique professionnelle des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux?

Le sujet est vaste et va au-delà de nos enjeux professionnels. C'est indirectement de la société en devenir dont il est question à partir des métamorphoses vécues aujourd'hui.

Nous attendons vos textes avec impatience!

Marie Senécal Émond, T.S., avec la collaboration de Richard Silver, T.S., avocat  
Pour le comité de la revue *Intervention*

**DATE LIMITE DE RÉCEPTION SOUHAITÉE POUR SOUMETTRE LES ARTICLES : LE 9 DÉCEMBRE 2013**

**Claude Larivière, T.S., coordonnateur**

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

255, boulevard Crémazie Est, bureau 520

Montréal (Québec) H2M 1M2

Tél. : 514 731-3925, poste 228; sans frais 1 888 731-9420

Courriel : revue.intervention@otstcfq.org

# Call for contributions

## *Intervention Journal*

### NUMBER 14 (2014.1)

#### LEGAL FRAMEWORK FOR PROFESSIONAL PRACTICE

Legal aspects are increasingly present in our practices, our lives, and in society in general. In this issue, we wish to use your articles to shed light on the implications of this increased legal framework for social organizations, practitioners and their field of intervention, as well as on the consulting clientele and social policies.

The social context in which we live is marked by cultural and social changes, including a different type of immigration from what we had previously known, geopolitical upheavals and a host of quickly modified laws, not to mention increasingly important interprofessional exchanges with different countries within the framework of globalisation.

As professionals, members of the Order are subject to the *Professional Code*, as well as their Order's *Code of Ethics* and other regulations adopted by the Board of Directors. Social workers and couples and family therapists must also comply with a legal framework regulating their ever-evolving practice. Within the framework of their practice, they are required to manage the situation of a youth whose safety is compromised, an adult whose mental state makes him a danger to himself, a senior citizen who is unable to give enlightened consent to services. However, social workers and couples and family therapists are not lawyers. How can professionals manage obligations so important to a legally compliant practice?

How can the legislative evolution affecting professional practice and the current key issues resulting from it be evaluated? What are the impacts of legal changes on the training of practitioners in schools of social work? Who decides what is now to be taught? A comparison with what is done in other Canadian provinces can be instructive. How does the evolution of legislation dealing with professional practice require institutions such as social service centres, schools, universities, hospitals, and community organizations to alter their approaches?

It is necessary to distinguish hyper-judicialization and excessive regulation from a functional integration of social and legal practice. The positive and negative aspects of the increasingly present legal aspect must be demonstrated. It is a matter of exploring, for instance, the evolution of youth protection services, and its repercussions on the structures of practice.

How can we assess the impact of the recent introduction of Bill 21, which reserves, for some professionals including members of the Order, activities where there is a risk of prejudice in the field of mental health and human relations? The practitioner must contend with certain demands: do they alter his practice? Do they involve new training requirements? And what about ongoing training?

How can practice based on where we carry out our profession be described? Can we identify functional intervention models related to this increased importance of the legal aspects?

How does this affect the assisted clientele? Is it better served, better structured? If so, where and how? If not, in what field of practice is it difficult or impossible, and why? Does the client recourse provided for in the *Act respecting health services and social services* or the *Professional Code* have an impact on the professional practice of social workers and couples and family therapists?

This topic is quite far-reaching, extending beyond our professional issues. Indirectly, it addresses what society is becoming, based on metaphors experienced today.

We eagerly await your articles!

Marie Senécal Émond, S.W., in collaboration with Richard Silver, S.W., attorney  
For the *Intervention Journal* Committee

**DESIRED DEADLINE FOR RECEPTION OF SUBMITTED ARTICLES: DECEMBER 9, 2013**

**Claude Larivière, S.W., Coordinator**

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec  
255 Cremazie Blvd. East, Suite 520  
Montreal, Quebec H2M 1M2  
Tel.: 514 731-3925, ext. 228; toll-free 1 888 731-9420  
Email: [revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@otstcfq.org)