



## À travers les âges... les soins en fin de vie



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

**COMITÉ DE LA REVUE**

Isabelle Côté, présidente  
Martine Beaulieu  
Sacha Genest Dufault  
Louise Provost

Valérie Roy  
Marie Senécal Émond  
Claire Tranquille  
Luc Trottier, membre *ex-officio*

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.

**PERSONNES-RESSOURCES**

Claude Larivière, coordonnateur  
Isabelle Tessier, secrétaire  
Luc Trottier, directeur des communications

Denise Bernard, 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*

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 2011-2012 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**  
Denis Arsenaault

**Région 02 - Saguenay/Lac-Saint-Jean**  
Danièle Tremblay

**Région 03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches**  
Marie-Josée Dupuis  
Josée Masson  
Serge Turcotte

**Région 04/17 - Mauricie/Centre-du-Québec**  
Claude Leblond

**Région 05 - Estrie**  
Claudette Guilmaine

**Région 06/13 - Montréal/Laval**  
Nathalie Brosseau  
John Thomas Compassi  
Alain Fredet  
Jeannine Loïselle  
Allan Ptack  
Sylvio Rioux

**Région 07 - Outaouais**  
Guylaine Ouimette

**Région 08/10 - Abitibi/Témiscamingue/Nord-du-Québec**  
Rolande Hébert

**Région 09 - Côte-Nord**  
Stéphane Verret

**Région 14/15 - Lanaudière/Laurentides**  
Madeleine Laprise

**Région 16 - Montérégie**  
Rachel Bonneau  
Sonia Gilbert

**SECTEUR THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE**

Sylvain Nadeau

**Membres externes nommés par l'Office des professions**

Claire Denis  
Lucie Granger  
Jean-Luc Henry  
Rolande Parent

**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  
Réceptionniste

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

**Direction du développement professionnel**  
Directrice  
Chargée d'affaires professionnelles  
Chargé d'affaires professionnelles  
Chargée d'affaires professionnelles, T.C.F.  
Chargée de projets (contractuelle)  
Responsable du programme de l'inspection professionnelle  
Secrétaire administrative (formation continue, service de références)  
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 comité de discipline  
Secrétaire au contrôle de l'exercice professionnel (discipline et révision)

**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  
Colette Dumas

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

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

Jean-Yves Rheault, T.S.

Huguette Houle  
Johanne Martel  
Tatiana Petrova  
Lucie Robichaud  
Isabelle Poirier

Richard Silver, T.S., avocat

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

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

M<sup>e</sup> Maria Gagliardi  
Tatiana Petrova

Johanne Martel

**COMITÉ EXÉCUTIF**

Claude Leblond, T.S., président  
Sylvio Rioux, T.S., 1<sup>er</sup> vice-président  
Guylaine Ouimette, T.S., 2<sup>e</sup> vice-présidente  
Serge Turcotte, T.S., trésorier  
Jean-Luc Henry, 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

Éditorial

par Isabelle Côté et Louise Provost ..... 3

Articles thématiques

**Mourir dans la dignité et en sérénité, pour tous**  
Entrevue réalisée par Isabelle Côté avec Yvon Bureau ..... 6

**Extraits du mémoire présenté par l'OTSTCFQ à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité** ..... 15

**Le lien social en soutien à la vie des personnes âgées**  
par Josée Grenier ..... 24

**Impacts de la création des CSSS sur les pratiques psychosociales dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**  
par René Lachapelle, Sébastien Savard, Danielle Maltais, Marielle Tremblay et Denis Bourque ..... 35

Articles hors thématique

**Le Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec : quelle correspondance avec la réalité de la pratique?**  
par Daniel Turcotte ..... 46

**Une intervention de groupe favorisant l'appropriation du pouvoir chez des personnes ayant un problème de santé mentale et une déficience intellectuelle**  
par Marie-France Racine-Gagné, Jessica Gauthier, Katherine Hauenherm et Marie-Joèle Lacourse ..... 62

**Importance des échanges entre chercheurs et praticiens pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques : études de cas en centre jeunesse**  
par M.-J. Gervais, François Chagnon, Cécile Tron-Bardon et André Paccioni ..... 69

**Travail social, immigration et innovations : l'expérience Kouzin Kouzin'**  
par Merlaine Chrispin-Brutus et Ghislaine Legendre ..... 79

Pistes de lecture

**La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels**  
de Gaétane Desharnais  
commenté par Richard Silver ..... 90

**Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire**  
sous la direction de Pauline Morissette et Marielle Venne  
commenté par Caroline Jacques ..... 94

**L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique sociale diversifiée**  
sous la direction de Christine Corbeil et Isabelle Marchand  
commenté par Louise Provost ..... 96

Politique éditoriale ..... 98

Editorial Policy ..... 99



Isabelle Côté, T.S.



Louise Provost, T.S.

## À travers les âges... les soins en fin de vie

La réflexion entourant les soins en fin de vie ne touche pas uniquement la réalité du vieillissement des populations, mais toutes les couches de la société. La maladie, la souffrance physique et morale mais aussi la mort peuvent survenir à tous les âges de la vie, sans discrimination. Bien qu'inhérente à la vie, la mort, particulièrement dans nos sociétés occidentales,

demeure encore aujourd'hui un sujet tabou, une source de malaise et d'ambivalence tant dans la population que pour les professionnels de différentes disciplines, dont les travailleurs sociaux. Il est clair que la mort et les soins en fin de vie ne laissent personne indifférent et qu'il existe beaucoup de confusion et de questionnement de la population et des intervenants quant à la teneur et à la portée des différents concepts véhiculés : euthanasie, suicide assisté, acharnement thérapeutique, sédation médicale, testament biologique, soins palliatifs, etc.

C'est entre autres l'un des aspects que nous aura révélés la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité constituée par l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2009 et dont les travaux se sont terminés en mars 2011. Cette commission a suscité plus de mémoires d'experts (300) que toutes les autres commissions mises sur pied au Québec et le questionnaire mis en ligne a généré près de 6 800 réponses (Pelchat Pierre. *Le Soleil, Commission mourir dans la dignité – Tous les records de participation battus*, 23 mars 2011, p. 15). Elle a aussi engendré une vive réaction de la population durant les 29 jours d'auditions qui ont été tenues dans huit villes du Québec. La couverture médiatique de ces événements a certainement mis en évidence les positions polarisées de citoyens et citoyennes, d'organismes publics et parapublics et de groupes d'intérêts, liées aux réalités complexes et controversées qui entourent les soins en fin de vie. La Commission s'est révélée une tribune privilégiée pour faire valoir des arguments religieux, philosophiques, sociaux, légaux, médicaux et personnels nourrissant les connaissances et la réflexion sur la vie, la mort et les soins en fin de vie.

Soulignons que ce débat a eu lieu également dans certains pays européens et chez nos voisins du Sud. Déjà, les Pays-Bas (2001), la Belgique (2002) et le Luxembourg (2009) ont adopté une loi permettant aux personnes en fin de vie et répondant à des critères précis de mourir dignement avec l'aide d'un médecin. L'un de ces critères, et certainement le plus important, est la demande explicite du patient. Ces nouvelles réalités supposent une importante démarche éthique afin de guider les décisions juridiques, politiques et médicales les plus appropriées et les plus respectueuses des besoins des personnes en fin de vie.

Comme personnes et comme travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux, cette réflexion collective a certainement suscité des questions chez nous et nous a interpellés. Chaque jour, beaucoup d'entre nous soutiennent enfants, adolescents, adultes et aînés dans cette dernière étape de leur vie et les accompagnent, ainsi que leurs familles, à travers les différentes options qui leur sont offertes. Les valeurs au cœur de notre profession et de nos pratiques – l'autodétermination, l'autonomie, le respect de la personne et de son libre choix – nous obligent à réfléchir sur leur application dans l'accompagnement du vivant jusqu'à son dernier retranchement, la mort. De plus, en ce qui concerne le débat sur l'euthanasie ou le suicide assisté, la société et les lois changent. Le contexte social et politique nous conduit à revoir les enjeux philosophiques et éthiques qui

entourent l'euthanasie et cela en lien avec les droits individuels et collectifs. La notion de choix est au cœur de ce périlleux débat, tout comme le sont les notions d'aptitude, d'inaptitude et de consentement.

Ce ne sont là que quelques-uns des éléments, parmi tous ceux qui s'inscrivent au cœur du débat, susceptibles d'interpeller nos valeurs personnelles et professionnelles lors de l'intervention.

Ces faits pris en considération, le comité de la revue a donc été étonné de ne recevoir qu'un nombre restreint de textes directement reliés à ce thème. Une discussion autour de ces questions était-elle prématurée? Est-ce que la couverture médiatique de la Commission ayant mis l'accent sur le suicide assisté et l'euthanasie aurait pu empêcher l'expression d'une perspective plus large et limiter ainsi la réception d'articles sur ce thème dans ce numéro? Parce qu'au-delà de ce débat centré sur l'euthanasie et le suicide assisté, le mandat de la Commission spéciale se voulait bien plus large, pour toucher les directives des personnes en fin de vie, les dimensions juridiques et légales en lien avec les mandats, la place du soigné et du soignant, les modes de communication, etc. Peut-être avons-nous devancé le travail de réflexion et de discussion qui se poursuivra assurément avec le dépôt des recommandations de la Commission à l'automne 2011? Voilà quelques hypothèses que nous voulions exprimer, il en existe certainement d'autres. Quoi qu'il en soit, la discussion ne fait que commencer et les textes que nous vous proposons dans ce numéro de la revue *Intervention* s'avèrent une excellente introduction au débat à venir.

Les trois premiers textes concernent directement la thématique et nous permettent d'appréhender des dimensions complémentaires au soutien à apporter des personnes en fin de vie. Le numéro débute avec une entrevue réalisée par Isabelle Côté qui nous présente le fruit de sa rencontre avec Yvon Bureau, travailleur social et initiateur, avec Ghislain Leblond, du *Collectif mourir digne et libre*. Homme engagé depuis plus de 25 ans à la défense d'un mourir dans la dignité et la sérénité, Yvon Bureau partage, à travers un témoignage dynamique et vivant, son expérience, mais plus encore, sa vision selon laquelle la personne en fin de vie est debout jusqu'à la fin et au centre du processus de décision et d'information. Il nous rappelle le rôle important des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux auprès de la personne en fin de vie, de la famille et de l'équipe soignante et souligne certains enjeux de sensibilisation et d'information. Il nous convie à prendre une place au cœur du débat.

En insérant une entrevue dans son contenu, la revue lance une pratique qu'elle compte renouveler pour permettre l'expression de points de vue structurés qui éclairent un sujet. Le deuxième texte est un condensé du mémoire présenté par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Cette synthèse regroupe les principaux éléments du mémoire et souligne particulièrement le rôle des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux ainsi que les enjeux sociaux et humains auxquels sont confrontés les professionnels dans la prestation de services. Nous sommes invités à « Faire mieux ce qui est déjà possible », à se préparer légalement afin de favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes vieillissantes et des personnes vulnérables. Pour sa part, le texte de Josée Grenier, *Le lien social en soutien à la vie des personnes âgées*, se veut une réflexion critique sur la qualité de vie et l'effritement des liens sociaux qui fragilisent les personnes âgées affectées par la maladie. Quelle place trouvent-elles dans notre société qui érige l'indépendance et l'autonomie en règle absolue au détriment de l'appartenance et de la solidarité? L'auteur situe bien les enjeux de la population vieillissante dans le contexte de la couverture des soins de santé, mais va au-delà de cette réalité en exposant la question au cœur du débat des soins en fin de vie : comment demeurer le sujet de sa vie... et de sa mort dans la relation de soins?

Les articles suivants offrent aussi un regard particulier sur le rôle des professionnels et les valeurs qui entourent les services offerts aux populations vulnérables ou en situation d'exclusion.

Nous vous présentons, en premier lieu, un texte de René Lachapelle, Sébastien Rivard, Danielle Maltais, Marielle Tremblay et Denis Bourque, *Impacts de la création des CSSS sur les pratiques psychosociales dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*. À partir des résultats d'une

recherche qualitative conduite auprès de professionnels et des cadres du programme PALV (personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement) de quatre CSSS, les auteurs posent des questions de fond sur les enjeux de l'intervention psychosociale auprès de cette clientèle. Comment la création des CSSS affecte-t-elle les pratiques psychosociales? Quels sont les impacts de la nouvelle gestion publique sur les services offerts aux populations vulnérables et plus particulièrement dans les programmes PALV? Dans un deuxième temps, le texte de Daniel Turcotte, *Le Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec : quelle correspondance avec la réalité de la pratique?*, présente les résultats d'un sondage mené auprès de travailleurs sociaux sur la fréquence de leurs activités associées à ce référentiel. La démarche proposée par l'auteur est très intéressante puisqu'elle vise à évaluer si les activités mentionnées dans ce document correspondent à la pratique des travailleurs sociaux. Une réflexion incontournable et essentielle, qui doit être au cœur de nos activités professionnelles.

Les trois derniers articles de ce numéro sont des récits de pratiques où rigueur, pertinence et créativité sont des éléments très présents. Le premier est un texte de Marie-France Racine-Gagné, Jessica Gauthier, Katherine Hauenherm et Marie-Joèle Lacourse, *Une intervention de groupe favorisant l'appropriation du pouvoir chez des personnes ayant un problème de santé mentale et une déficience intellectuelle*. Les auteures nous relatent ici un récit de pratique, basé sur une expérience de stage au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Elles explorent, dans le cadre d'une expérience de groupe, les difficultés d'appropriation du pouvoir auprès de personnes atteintes d'un problème de santé mentale et ayant une déficience intellectuelle. Un défi de taille si l'on considère les préjugés auxquels font face ces personnes dans la société. Ensuite, le texte *Importance des échanges entre chercheurs et praticiens pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques : études de cas en centre jeunesse* de M.-J. Gervais, François Chagnon, Cécile Tron-Bardon et André Paccioni, relève les défis qui entourent les relations entre les milieux de pratique et le monde de la recherche. Démarche fort actuelle, dans un contexte où le réseau de la santé et des services sociaux exige que les intervenants soient en mesure de connaître et d'utiliser les meilleures pratiques dans leurs environnements professionnels. Nous terminons cette section avec le texte de Merlaine Chrispin-Brutus et Ghislaine Legendre, *Travail social, immigration et innovations : l'expérience Kouzin Kouzin'*. Ce texte décrit la mise sur pied de L'Entraide Bénévole Kouzin Kouzin' ainsi que les services offerts par cet organisme communautaire de Montréal œuvrant auprès des personnes immigrantes depuis plus de 20 ans. « Une œuvre de cœur » qui innove par sa philosophie d'action et ses pratiques d'intervention. Les exemples cliniques sauront susciter votre intérêt pour le modèle présenté.

Ce numéro vous suggère également trois pistes de lecture. Richard Silver commente l'ouvrage de Gaétane Desharnais, *La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels*. Il s'agit d'une analyse intéressante sur les tendances observées dans les orientations des ordres professionnels québécois qui ouvre des perspectives plus larges que la gestion des pratiques de leurs membres au quotidien. Ensuite, Caroline Jacques donne son avis sur le livre *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire*, écrit sous la direction de Pauline Morissette et Marielle Venne et publié dans la collection *Intervenir* des éditions CHU Sainte-Justine. Cet ouvrage touche directement l'intervention auprès des parents consommateurs et traite des effets de ce mode de vie sur les enfants et dans la famille. Il contient des renseignements essentiels pour les professionnels et les praticiens visant à soutenir les parents et à réduire les conséquences pour les enfants directement affectés par ce problème. Pour terminer, Louise Provost présente *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique diversifiée*, sous la direction de Christine Corbeil et Isabelle Marchand. Les Éditions du remue-ménage nous présentent ici une excellente rétrospective des multiples facettes de l'intervention féministe contemporaine. Un ouvrage essentiel qui tente de répondre à la question : « Où en est l'intervention féministe en ce début du 21<sup>e</sup> siècle? »

Bonne lecture!

Louise Provost, M.S.S., T.S., et Isabelle Côté, M.S.S., T.S., présidente  
Pour le comité de la revue *Intervention*

# Mourir dans la dignité et en sérénité, pour tous

Entrevue réalisée par  
Isabelle Côté, T.S., M.S.s.

avec  
Yvon Bureau, T.S.

*La compassion est la loi fondamentale et peut-être l'unique loi de l'existence de tout le genre humain (Dostoïevski)*

This interview with Yvon Bureau, social worker, provides a better understanding of how the issue of dying with dignity, and active medical care at the end of the life has evolved in the province of Quebec. Role of the social worker in this context.

Entrevue avec Yvon Bureau, travailleur social, permettant de comprendre le cheminement du Québec sur la question de mourir dans la dignité et l'aide médicale active dans un contexte de fin de vie. Rôle du travailleur social dans ce contexte.

Dans le cadre de ce numéro thématique « À travers les âges... les soins en fin de vie », la revue *Intervention* a sollicité une entrevue auprès de M. Yvon Bureau, travailleur social, qui s'investit depuis plus de 25 années pour défendre la position d'un mourir plus digne et plus responsable au Québec. En 1984, l'expérience pénible du mourir de son père, qu'il accompagne dans les hôpitaux, est le déclencheur de ce qui allait s'avérer, au fil des années, une véritable croisade.

À partir de ce moment, M. Bureau ne ménage aucun effort et multiplie les moyens (conférences, colloques nationaux et internationaux, livres, entrevues dans les médias, lettres ouvertes, etc.) pour sensibiliser et convaincre tant les professionnels de la santé et des services

sociaux que les politiciens et la population générale à l'importance de prioriser la personne soignée, de la reconnaître dans ses volontés de fin de vie. Le testament biologique (testament de fin de vie) dont il est le promoteur devient vite un outil précieux pour les familles et le personnel soignant. Ce document signé devant deux témoins est l'expression des volontés de fin de vie d'une personne et le complément indispensable du mandat en cas d'incapacité.

Sa retraite professionnelle, en 2004, ne signifie pas pour autant la fin de ses interventions. La cause avance, mais elle n'est pas encore gagnée. Il intensifie son engagement bénévole et crée des alliances pour promouvoir les valeurs qu'il défend. C'est ainsi que naît le *Collectif mourir digne et libre* (CMDL) qu'il lance avec M. Ghislain Leblond, haut fonctionnaire québécois, retraité prématurément en raison d'une maladie dégénérative. C'est avec un sentiment d'accomplissement et avec beaucoup d'espoir que le CMDL accueille la mise sur pied, en décembre 2009, de la Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité décidée unanimement, par un vote nominal et sans abstention, par les députés de l'Assemblée nationale du Québec. Au début de 2010, lors de la consultation des experts, la Commission choisit avec raison de remplacer le mot *droit* par *question*.

La démarche de consultation de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité est maintenant terminée depuis la fin de mars 2011. À l'affût des réflexions, des questionnements et des enjeux qui ont animé les débats tout au long du processus, la société québécoise attend avec impatience les recommandations des commissaires qui devraient être présentées à l'Assemblée nationale à l'automne 2011.

Considérant le statut privilégié du *Collectif mourir digne et libre* dans ce débat, nous avons voulu cerner, à l'occasion de cette entrevue, le rôle du *Collectif* tant concernant la mise sur

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1) : 6-14.

ped que le déroulement de la Commission. Nous avons aussi interrogé M. Bureau à propos des attentes du Collectif quant au contenu des recommandations de la Commission au sujet des personnes en fin de vie, de leurs proches ainsi que du personnel soignant. De plus, M. Bureau a bien voulu partager sa vision du rôle du travailleur social au sein d'une équipe interdisciplinaire auprès de la personne en fin de vie et de sa famille. Il a également accepté de nous parler de son expérience avec le monde des médias et des stratégies gagnantes pour qu'un message social soit diffusé et entendu.

*Intervieweur : Monsieur Bureau, pourriez-vous nous expliquer comment est né le Collectif mourir digne et libre?*

Avant d'initier le Collectif, il y a eu différentes étapes. Une quinzaine de professionnels de la santé, du droit et des services sociaux ont d'abord mis sur pied, en 1986-1988, la *Fondation responsable jusqu'à la fin*; rapidement fut considérée la possibilité de s'affilier avec une autre organisation. À Toronto, il y avait déjà le mouvement qu'on appelle *Dying with Dignity*. Les gens nous disaient : « Pourquoi ne pas vous associer à *Dying with Dignity*, c'est canadien ? » Nous on disait : « Au Québec, c'est différent. Nous avons un Code civil qui nous est propre, nous parlons français et nous avons une culture autre, le côté religieux est différent, etc. ». Nous avons décidé plutôt de nous associer à la *World Federation of Rights to Die Society*; nous avons participé à des congrès internationaux pour voir ce qui se passait dans les autres pays. Nous en avons fait partie tout le temps que notre fondation a existé, soit entre 1986 et 1996. Lorsque la Fondation a cessé ses activités, j'ai continué, seul ou avec d'autres, à organiser des congrès et des colloques ou à participer comme invité à ce type d'évènement. J'ai également été plus présent dans les médias pour parler de tout ce qui touchait le mourir dans la dignité. C'était l'expression qui revenait le plus, la terminologie qui était porteuse. En plus des présentations lors des congrès, j'ai écrit en 1994 un livre *Ma mort, Ma dignité, Mes volontés* (Éditions du papillon), j'ai participé tellement souvent à des émissions de télévision. J'ai également écrit un article à propos du savoir-mourir (Profil, Association des coopératives funéraires du Québec). L'article a été marquant,

publié à 50 000 copies, ce qui était fort intéressant comme diffusion. J'ai été également consultant pour de nombreux groupes, ministères, médias ou associations. Une fierté : je l'ai aussi été pour Denis Arcand lorsqu'il préparait son film *Les invasions barbares* sorti sur les écrans en 2003. Une autre fierté : ma participation comme témoin au Comité sénatorial sur l'euthanasie et le suicide assisté, en 1994.

Pendant cette période, je sentais au Québec un changement quant à la façon d'envisager les soins en fin de vie, mais je ne voyais pas la forme que ça pourrait prendre. Bien sûr qu'il fallait parler des soignants et des établissements de soins palliatifs, mais aussi et surtout des soignés finissants de la vie. Puis, en 2008, il y a eu un groupe qui s'est formé à Montréal, l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD), qui voulait soutenir la démarche de décriminalisation initiée par Mme Francine Lalonde, députée bloquiste à Ottawa. Celle-ci voulait proposer un amendement à l'article 241-b du Code criminel pour permettre une aide active à mourir. Pour ma part, je n'y croyais pas ou si peu, je me disais : « Le Canada n'est pas prêt, le Canada n'acceptera jamais ». Au début, j'ai quand même été consultant auprès de Mme Lalonde; j'ai eu et j'ai encore beaucoup d'admiration pour cette personne. Cependant, je n'étais pas à l'aise avec le *focus* sur une seule députée et un seul parti; je n'étais pas à l'aise avec les notions de droit, « pour le droit de mourir », ce n'était pas la position que je défendais, ce qui m'a amené à prendre une saine distance de la démarche qui était en cours. J'avais toutefois collaboré efficacement à la définition de la mission de l'AQDMD, soit : qu'il soit permis à une personne en fin de vie de demander et de recevoir une aide médicale active pour terminer sa vie. Avec « qu'il soit permis », on était dans un autre monde que le monde des droits, de la légalisation, de la décriminalisation. Les amendements qui visaient à modifier le Code criminel canadien ont finalement été présentés à la Chambre des communes, à Ottawa. La demande d'amendement a été battue à trois personnes contre une (29 avril 2010).

J'arrive maintenant à la naissance du *Collectif Mourir digne et libre* (CMDL). Il y a à peu près

deux ans et demi, à force d'échanger avec des gens d'un peu partout, j'ai fait la rencontre de Ghislain Leblond, ancien fonctionnaire provincial et fédéral. Ghislain souffre d'une maladie évolutive, la sclérose latérale amyotrophique lente, condition de vie qui nécessite chez la personne atteinte beaucoup d'humilité, beaucoup de ténacité. Il était venu à l'une de mes conférences et je suis allé le voir au moins 4-5 fois chez lui, prendre un long café et échanger. À un moment donné, il m'a dit : « Yvon, je suis prêt à m'impliquer ». Et il a décidé de faire un *coming out*, si on veut. Il a donné une longue entrevue au journal *Le Soleil* (7 octobre 2009). Il est devenu ensuite le porteur du message, bien plus que moi, en fin de compte. À la notion de dignité qui m'était chère, Ghislain a ajouté celle de la sérénité.

Peu de temps après, nous nous sommes dit : « Est-ce que nous mettons sur pied un Collectif ? » Nous ne voulions pas démarrer une association parce que c'est beaucoup de monde, c'est très énergivore. Nous nous disions : « Nous avons juste besoin de *supporteurs* qu'ils soient politiques, sociaux, ou autres. Nous allons donc chercher des *supporteurs*. Pour ce faire, nous allons bâtir un Collectif, qui va s'appeler le *Collectif mourir digne et libre* (CMDL) ». On voit déjà que c'était porteur... Nous pensions également à mettre sur pied une table de concertation provinciale. Nous avons graduellement rejoint une vingtaine de personnes qui nous apportaient leur aide, leur soutien, surtout leurs pensées. Entretemps, je continuais à entretenir la flamme, j'ai toujours fait ça, avec une ténacité continue. Dès que j'avais des documents importants, j'envoyais ça au plan politique, au plan professionnel, à différents Ordres, etc. C'était comme une braise que j'entretenais tout le temps. Habité par un devoir de braise, quoi!

Suite au témoignage médiatisé de Ghislain Leblond, nous avons parlé à des fonctionnaires et à des députés de notre intention de mettre sur pied une table de concertation et de l'importance que le gouvernement prenne une décision à propos du mourir et des soins en fin de vie. Et nous précisions que le CMDL ne voulait pas opter pour la décriminalisation et des changements au Code criminel. Notre objectif était : « Qu'une aide médicale active à

mourir soit permise, dans certaines circonstances, et pour certaines personnes éclairées et libres, respectant le cadre strict établi » et que cet objectif se retrouve dans la *Loi de la santé et des services sociaux* (LSSS). Nous pensions que c'était vraiment révolutionnaire de trouver cette idée-là, l'intégration à la LSSS. La santé et les services sociaux, ça ne regarde pas le fédéral, c'est de juridiction exclusive au Québec. Nous avons fait un bon bout de chemin avec cette idée-là. C'était très générateur! Grâce à Ghislain Leblond, nous pouvions parler de notre idée à des députés de l'Assemblée nationale. Et puis arrive un événement me concernant qui allait avoir un impact important sur la suite des choses.

Toujours avec l'idée de réunir des *supporteurs*, dont ceux du monde politique, je m'entretenais avec le député péquiste de l'opposition, M. Bernard Drainville, critique en santé; il me dit lors de l'un de nos échanges sur le sujet : « Yvon, ça fait 25 ans que tu brasses tout ça, ce serait intéressant que l'Assemblée nationale le reconnaisse ». J'étais sous le choc... J'ai vu l'annonce de cette reconnaissance comme une autre façon d'entretenir les braises. Peu de temps après, le Parti québécois m'annonce donc sa décision de présenter le 3 décembre 2009, à l'Assemblée nationale, une motion de félicitations pour mes 25 années d'investissement dans la cause du mourir dans la dignité. Il était alors question de remise de médaille de l'Assemblée nationale; il fut dit : « Non! Non! Non! C'est beaucoup plus qu'une médaille qu'on va te donner ». Donc, le matin où j'allais, accompagné de mon épouse Diane Doyon (personne si précieuse dans mon engagement), recevoir la motion de félicitations, le Parti québécois tenait une conférence de presse où Mmes Véronique Hivon et Pauline Marois annonçaient que les députés de tous les partis avaient accepté de mettre sur pied une commission parlementaire sur le droit (c'était la terminologie utilisée à ce moment) de mourir dans la dignité.

Mais, fait intéressant, c'est que, même si tous les partis politiques s'étaient entendus sur la mise sur pied d'une commission parlementaire, un député a demandé et obtenu un vote nominal pour le lendemain à l'Assemblée nationale. Il évoquait, pour ce faire, le caractère personnel

et très délicat de la réflexion et des expériences entourant la question du mourir et de la mort. Donc, le 4 décembre, Diane et moi avons assisté au vote nominal, celui-ci a été unanime, aucune abstention. Tu imagines la joie que j'ai ressentie à ce moment-là? Et on savait que par après ça serait porteur, car ce n'était pas un seul parti qui portait ça, c'était l'Assemblée nationale du Québec, unanimement. Tu vois alors la force que le CMDL obtenait. J'ai été en état de choc, heureux pendant plusieurs semaines, et même encore!

*Intervieweur : Le CMDL a été un rouage important dans la décision du gouvernement de mettre sur pied une Commission sur la question du droit de mourir dans la dignité. Y a-t-il eu, d'après vous, d'autres éléments qui ont contribué à la création de cette Commission?*

Naturellement! Vers 2006 (un énorme MERCI au Dr Marcel Boisvert), le Collège des médecins a mis sur pied un comité d'études sur l'euthanasie qui a généré un rapport (gratitude aux médecins Michèle Marchand et Yves Robert) et son acceptation par le CA du CMQ; le 3 novembre 2009, en conférence de presse, c'est l'arrivée publique du document *Sortir de l'impasse. Une réflexion du Collège des médecins du Québec sur les soins en fin de vie*. Le document situait l'impasse professionnelle et les zones grises dans lesquels étaient les médecins, les infirmières, et tout le monde dans les établissements de soins – par rapport au mourir et à l'aide active au mourir. C'est dans ce document qu'ils ont parlé de soins APPROPRIÉS ou personnalisés de fin de vie. Ce fut toute une histoire au Collège des médecins d'oser publier un document autant audacieux et courageux que nécessaire. Par la suite, il y a eu deux sondages majeurs auprès des fédérations des omnipraticiens et des spécialistes qui indiquaient qu'environ 70 à 75 % d'entre eux étaient favorables à une aide médicale active au mourir, s'il le fallait et dans certaines circonstances, si librement demandée par un mourant. Je pense que ce qui se passait chez les médecins a eu un impact sur la décision du Parlement d'aller en commission spéciale. Le *momentum* de création d'une commission sur cette question par le Parlement a aussi et surtout été facilité par les résultats des sondages effectués dans la population, depuis

10-15 ans, qui indiquaient que presque 80 % des personnes sondées étaient en faveur d'une aide médicale active, dans certaines circonstances, et en autant que la démarche était bien balisée.

J'en profite pour introduire une précision très importante. La Commission spéciale initiée par l'ANQ n'était pas une Commission sur l'euthanasie comme l'ont présenté assez souvent les médias. Son mandat était beaucoup plus large, il touchait les soins entourant la fin de vie, les directives de fin de vie, les mandats, la place du soigné par rapport au soignant, le développement d'outils de communication, la disponibilité des ressources, etc.

*Intervieweur : Est-ce que, Monsieur Bureau, vous pouvez nous dire si, en Belgique ou ailleurs dans d'autres pays, il y a eu une commission semblable?*

Dans les autres pays, oui, ils ont eu une commission ou des groupes d'étude plus ou moins semblables. Je connais surtout l'expérience de la Belgique. En 2002, ce pays a fait le choix de dire : oui on reconnaît cette aide spéciale à mourir comme un soin. Personne n'a voulu légaliser. Les Belges ont dit : on décriminalise, on reconnaît que l'euthanasie sous conditions n'est pas un crime. On dit que ce n'est pas un crime quand un médecin, dans un cadre légal, à la demande expresse de quelqu'un, donne une aide médicale pour mourir à un mourant qui est en train de mourir... Tu sais, alors, ça, ça a été intéressant parce que, si on avait été du côté de l'amendement présenté par Mme Lalonde, on aurait voulu une loi pour le droit à l'euthanasie. L'approche gagnante réside souvent dans le pays de l'humilité. Ce que je demande, c'est que cette aide médicale active à mourir soit permise dans le cadre actuel de la loi québécoise de la santé. Donc la Belgique nous a beaucoup inspirés depuis 2002, en dépénalisant l'euthanasie sous conditions, sans toucher à son Code pénal. Alors, en terminologie adéquate, c'est très différent une légalisation d'une décriminalisation. Par contre, tout n'est pas permis dans l'aide active à mourir, il y a encore bien des actions qui doivent, à raison, demeurer criminelles : le meurtre dit par compassion, l'euthanasie non volontaire, l'aide ou l'encouragement au suicide, l'euthanasie ne respectant pas le cadre strict et sécuritaire reconnu. Alors, tout cela reste

criminel, ce qui est une sécurité supplémentaire pour éviter le plus possible les abus. Ainsi, respectant le cadre établi, avec ses balises et avec ses contrôles, l'aide médicale active à terminer sa vie n'est pas un crime, au contraire, c'est un soin approprié de fin de vie. Ce qui est sécurisant aussi, c'est que cette aide à mourir ne sera faite que par un médecin, point à la ligne. Alors oui, dans ce sens-là, la Belgique nous a vraiment inspirés. Dernier fait sécurisant : ce pays ne voudrait surtout pas revenir en arrière.

*Intervieweur : À l'automne 2010, le Québec débute les travaux de la Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité, une Commission itinérante qui laisse une large place à la consultation de la population et au dépôt de nombreux mémoires.*

*Quel a été le rôle du CMDL dans la Commission?*

Juste avant le début officiel des travaux de la Commission, le CMDL a été consulté sur le contenu (le fond) et la démarche de consultation. D'autres aussi ont été consultés, à raison.

Les commissaires ont décidé de demander des avis d'experts; l'humilité favorise toujours une meilleure création. En plus de notre Collectif, la Commission a demandé les avis des professionnels de la santé, des gens des soins palliatifs, des notaires, des avocats, toutes sortes de groupes de personnes préoccupées par l'amélioration de la qualité de la fin de la vie. Cette consultation s'est avérée salutaire. Un exemple, seulement après le premier mois, la Commission a décidé d'enlever le mot *droit* de la dénomination *Commission sur le droit de mourir dans la dignité* qui est devenue *Commission sur la question de mourir dans la dignité*.

C'est passé de *droit à question*, on sortait du monde trop juridique. Et d'ailleurs, la Commission est une commission de la santé et des services sociaux, ce n'est pas une commission de la Justice; l'important d'un message passe beaucoup par l'implicite. Tout cela est énorme! Ça nous rapproche du rôle des travailleurs sociaux, de la dimension sociale de la fin de la vie. Après la rencontre avec les experts, la Commission a produit au printemps 2010 son document de consultation et un questionnaire préparé minutieusement; ces deux outils de communication furent envoyés à différentes

associations et mis également sur Internet afin que la population y ait accès. On indiquait aussi la pertinence de présenter des mémoires lors de la Commission qui débiterait à l'automne. Résultat : il n'y a jamais eu au Québec autant de mémoires ou autres documents présentés à une commission; tous ces nombreux documents seront une source magistrale d'information pour les étudiants.

*Intervieweur : C'était un débat quand même assez émotif dans la population, cette question-là. Est-ce que le Collectif avait appréhendé le tout?*

Oui, nous l'avions appréhendé. Nous avons apprécié que la Commission puisse compter sur un grand nombre d'experts, tel le Collège des médecins avec leur notion de soins appropriés de fin de vie qu'ils ont exprimés à peu près ainsi : « Oui dans certaines circonstances, on devrait pouvoir donner une aide active à mourir, à un mourant en train de mourir ». Le Barreau du Québec a également présenté de façon magistrale un message clair et très précis axé sur le seul intérêt de la personne en fin de vie et de son intention. La Chambre des notaires du Québec a unanimement pris position pour une aide médicale active lorsque nécessaire. Je pense également à l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux qui, par le biais de sa directrice générale, Mme Lise Denis, a clairement demandé au gouvernement de prendre des positions, de donner des directives claires puisque, exprimait-elle : « 85 % des personnes ne meurent pas en soins palliatifs, elles décèdent dans nos établissements ». Le Regroupement québécois des usagers, qui avaient pris soin de consulter tous les comités d'usagers, a exprimé, à notre surprise, une position favorable à une aide médicale active qui respectait le libre-choix des usagers. Plus près de nous, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux (OTSTCFQ) a présenté un mémoire bien articulé, avec une position non équivoque à propos de l'aide médicale active pour mourir. Nos représentants ont insisté sur les valeurs comme l'autodétermination, l'autonomie et le respect de la personne, le libre-choix de la personne. Mettre la personne au centre du processus d'information et de décision la concernant plutôt qu'à côté. Il y a également eu de nombreux et merveilleux

témoignages de personnes et de familles qui ont vraiment marqué les commissaires ainsi que toute la population. D'autres regroupements et ordres professionnels se sont aussi fait entendre. Il y a cependant des groupes qui ont manqué, à mon avis, une chance de prendre significativement la parole, que ce soit l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (affirmer que l'on doit d'abord développer les soins palliatifs ne suffit pas), ou une association pour la prévention du suicide, par exemple. Et pourtant, au Québec, le taux de suicide a baissé dans tous les groupes d'âge sauf dans celui des 60 ans et plus. Il y a là un enjeu majeur au plan sociétal! Un dernier point : nous avons appréhendé des réactions fortes d'ordre religieux, comme ce fut le cas dans les autres pays où des changements se sont installés dans les soins de fin de vie.

*Intervieweur : Dans le mémoire présenté par l'OTSTCFQ, je pense qu'on retrouve une réflexion à propos de la fin de vie des enfants ou celle des adolescents, qui n'ont pas, au plan légal le droit de dire « je veux qu'on m'accorde une fin de vie digne »?*

Oui, clairement; peu de groupes ont abordé cet aspect. Dans beaucoup de situations, le mourir n'est pas compliqué. C'est plus complexe quand les gens sont rendus inaptes (ou suffisamment inaptes) et ça le devient encore plus quand il s'agit des enfants ou petits-enfants, des nouveau-nés. Dans certains cas, à mon avis, il doit y avoir une aide active lorsque le mourir irréversible est trop pénible ou trop douloureux, de là la nécessité d'une équipe interdisciplinaire pour aider la famille à clarifier ses valeurs, ses choix. Les travailleurs sociaux qui connaissent bien les familles et les proches peuvent vraiment contribuer à cette démarche délicate de clarification et jouer un rôle précieux au sein de l'équipe d'experts, dans le processus décisionnel.

*Intervieweur : Une forme de complémentarité avec les aspects médicaux?*

Tout à fait. Le mourir, ça ne peut pas être que médical, c'est beaucoup plus que ça. Et nous savons que si le mourir se passe bien tant pour les enfants que pour les adultes ou les personnes inaptes, et que si la personne est respectée jusqu'à la fin, le deuil va être beaucoup plus facile à faire dans la famille et chez

les soignants. Les membres vont être beaucoup plus unis, plus solidaires. Plus le mourir va être bien centré sur les volontés de la personne et respectueux de celle-ci, plus il va être porteur d'un mieux-être pour l'individu et pour la famille.

Le travailleur social a un travail important de sensibilisation et d'information à faire avec les familles. La famille a des droits mais elle n'a pas le droit, tant que la personne est lucide, de décider à sa place. La même chose si la personne en fin de vie a écrit des directives claires, la famille doit respecter ses volontés. Malheureusement, il y a encore trop de situations inacceptables. Un exemple, lors d'une formation donnée par la Maison Michel-Sarrazin il y a à peine un an, à Québec, deux infirmières d'un milieu hospitalier ont témoigné de la situation qui suit : « Une personne mourante à l'urgence, toujours consciente, demandait à mourir. Reconnaisant ne plus pouvoir contrôler la douleur, le médecin était prêt à respecter la demande de son patient. Un membre de la famille a dit : « Non, moi je veux que mon frère vive le plus longtemps possible ». Le personnel soignant a tenu compte de la volonté exprimée par ce membre de la famille plutôt que de celle de la personne en fin de vie; celle-ci a été 48 heures dans un mourir atroce. La seule action que les médecins ou les infirmières ou les travailleurs sociaux avaient à faire, c'était de dire : « Merci de votre opinion, mais c'est à votre frère qui est encore lucide de décider, uniquement ». La famille a des droits, mais pas celui de décider à la place de la personne lucide. Elle a aussi des devoirs de présence, de protection, d'accompagnement, de compréhension et de compassion.

*Intervieweur : L'objectif en est un d'appropriation de pouvoir pour la personne en fin de vie?*

Oui, que lui soit reconnu son pouvoir de choisir, parfois avec une aide active, et accompagné des personnes qu'elle veut. Nous parlons alors de libre-choix et du devoir de son entourage de le respecter. Et puis, je pense qu'un des rôles des travailleurs sociaux, c'est de sensibiliser les gens (la clientèle) qu'ils rencontrent à l'importance d'agir en amont, c'est-à-dire les inciter à écrire leurs choix et leurs directives anticipées dans les plans de soins de fin de vie; et surtout, que tout ça devienne un outil de

communication avec leurs proches et avec le personnel soignant. Le travailleur social doit aussi bien expliquer que les directives anticipées données doivent être très claires afin de permettre au mandataire choisi de pouvoir exercer pleinement son rôle auprès de la famille et du monde médical, lorsque la personne en fin de vie devient inapte.

J'ai fait cette démarche avec une belle-sœur, il y a moins de six mois. Elle avait écrit des directives très claires; lorsqu'à l'Urgence on nous a demandé ce que la famille voulait décider, nous étions à l'aise de répondre : « La famille n'a rien à décider, tout a été écrit clairement et nous nous entendons pour faire respecter le choix de la personne ». Alors, malgré le deuil, les enfants de cette famille se portent bien, ils n'ont pas eu à décider, juste à respecter et à faire respecter les volontés de la personne, ce qui augmente bien les niveaux des santés. Un autre exemple qui concerne le décès de ma mère en 1994, 10 ans après celui de mon père. Elle nous avait écrit une lettre expliquant clairement ses volontés à propos du salon funéraire, de la cérémonie à l'église, de son enterrement, etc. À l'unanimité, tous les enfants ont dit : « Nous n'avons rien à décider! Par contre nous avons tout à respecter et à faire respecter ». Tu vois toute la nuance, toute la dynamique qui est autre quand quelqu'un de proche décède et que ses directives sont explicites. Le monde des émotions liées au deuil devient plus facile à gérer et la solidarité devient plus possible.

*Intervieweur : Monsieur Bureau, vous venez de nous transmettre beaucoup d'informations et avec beaucoup de générosité. J'ai presque le goût de dire que vous avez fait comme une croisade pendant ces 25 dernières années sur la question du mourir dans la dignité. Un élément qui vous caractérise est le fait que vous avez beaucoup utilisé les médias et que vous continuez à le faire. D'après votre expérience, comment doit-on s'y prendre pour être entendu socialement, pour intéresser les médias à un sujet, à une cause? Est-ce qu'il existe une recette « magique »?*

Je crois qu'il faut d'abord avoir un message clair toujours prêt pour appuyer la cause que l'on défend et être attentif à sentir le pouls de la société. Lorsque nous percevons que la population veut un changement comme à propos de la

question de la fin de vie, il faut être proactif et envoyer cette information aux différents médias, nourrir les journalistes en quelque sorte. Il faut que ton contenu soit toujours à jour, parce que tu ne sais jamais quand ton dossier fera l'actualité. Par exemple, s'il y a eu un meurtre par compassion à Sherbrooke, le lendemain matin à 5 h 30, les téléphones des journalistes commencent, ils veulent avoir ton opinion; ta pensée doit être claire et concise afin d'être capable de donner un message en moins d'une minute; avec un exemple en plus. Une autre stratégie importante, c'est d'avoir constitué une banque des personnes-ressources qui accepteront de témoigner leur vécu aux médias et qui ont les habiletés pour le faire; un soutien leur sera nécessaire. À un moment donné, les porteurs de message deviennent moins importants que la personne qui le vit, d'où l'importance d'une banque de personnes-ressources. Un aspect essentiel, c'est de jouir d'une grande disponibilité, parce que lorsque les médias veulent parler d'un événement, c'est tout de suite, pas dans deux jours.

*Intervieweur : Vous avez également beaucoup utilisé la rubrique « opinion des lecteurs » présente dans les médias écrits?*

Oui, abondamment; c'était ma façon aussi de rejoindre plus de personnes, davantage que dans les congrès ou les colloques où il y a 200 ou 300 personnes. Juste une anecdote pour faire le lien avec la rubrique Opinion des lecteurs. En 1995, lors du 5<sup>e</sup> anniversaire du mandat en prévision de l'inaptitude, la Curatelle publique m'avait invité comme membre d'un panel à son colloque. Le titre de ce dernier était « Décider pour autrui ». Je leur ai dit que je n'étais pas d'accord avec le titre. Ils m'ont alors dit « Merci beaucoup M. Bureau, merci de vos services, nous n'avons plus besoin de vous ». Alors j'ai dit ok, et comme un bon beauceron anarchiste, la porte d'en avant n'étant pas ouverte, je vais rentrer par la porte d'en arrière ou par une fenêtre. J'ai opté pour l'écriture. J'ai eu une demi-page dans *Le Devoir* et le titre était « Décider pour autrui ce qu'il a décidé ». Magique! Le mot était trouvé, le titre affirmait et résumait tout. Important : créer la formule et la phrase qui donneront de l'impact, et développer une façon d'écrire susceptible d'attirer l'attention et l'intérêt des lecteurs;

mon certificat en journalisme m'a beaucoup servi. Aller à la TV, c'est assez facile, mais on m'a déjà dit « Ah! On t'a vu à la TV; à propos, qu'est ce que tu disais? » Donc ils ne s'en souvenaient plus ou si peu. L'écrit reste, c'est tangible. J'ai parfois publié des trucs et reçu ensuite un courriel de quelqu'un du Japon qui m'écrivait « J'ai lu votre texte ». L'écrit voyage et les parutions à la TV font du sur-place. J'ai également vu dans un hôpital des travailleurs sociaux qui photocopiaient mes articles afin de les distribuer à tous les professionnels. L'important, c'est de pouvoir fournir du matériel, que ce soit des articles, des films, des livres, etc. Lors des parutions dans les médias, il faut envoyer les bonnes personnes, par exemple, des professionnels (des médecins) reconnus socialement et porteurs de notre message. Utiliser les différents modes de communication pour passer notre message, j'appelle ça des outils pour remplir avec efficacité un devoir de braise, pour entretenir la braise et pour avoir des gens qui sont prêts à témoigner quand le feu prend.

*Intervieweur : Ce que je sens, c'est que la braise actuelle est encore très présente et que le CMDL va être très attentif aux conclusions de la Commission lorsqu'elles seront présentées à l'Assemblée nationale du Québec. Avant de terminer, pourriez-vous partager avec nous les attentes du Collectif quant aux conclusions de la Commission?*

Avec plaisir. Nous avons des *entrées*, nous avons créé des liens avec bien des gens; et notre expertise est reconnue. Nous avons l'espoir que l'aide médicale active à mourir en fin de vie ne soit plus considérée comme un crime, mais comme un soin approprié et personnalisé de fin de vie, et que ce soin exceptionnel de fin de vie fasse partie de la LSSS, et que ce soit dûment reconnu par l'Assemblée nationale du Québec. La reconnaissance explicite des directives anticipées de fin de vie est des plus espérées ainsi que la primauté du finissant de la vie; la reconnaissance du libre-choix et de la complémentarité de l'aide médicale active à mourir avec les soins de fin de vie. Mais d'abord et avant tout, nous souhaitons une plus grande dignité et une plus grande sérénité pour le mourant et plus de sécurité et plus de paix pour le personnel soignant et leurs établissements. Nous voulons une qualité de vie pour

la personne en fin de vie, voir diminuer le nombre de suicides actuellement en hausse chez les personnes âgées et chez les mourants.

*Et comme mot de la fin...*

En guise de conclusion, je vais résumer le propos que je tenais, il y a deux ou trois mois, lors d'une conférence aux gens de Sciences politiques à l'Université Laval. J'ai commencé par leur dire, en prenant le micro, « il y a une seule personne. Quand arrive la fin de la vie, qui a un micro, c'est la personne en fin de vie ». Puis j'ai dit « je vais faire ma conférence debout, parce que lorsqu'arrive la fin de vie, il y a juste une personne qui est debout au centre des processus d'information et de décision, c'est la personne en fin de vie. Tous les autres, professionnels, membres de la famille, tout le monde, nous sommes assis. Il y a une personne qui est encore debout avec ses directives, son mandat, son mandataire, c'est la personne en fin de vie ». Mot de la fin? Puisque notre fin est inéluctable, que ce soit côté jardin!

*Intervieweur : Un immense merci pour ce généreux témoignage.*

#### **Descripteurs :**

Collectif Mourir digne et libre (CMDL) // Commission sur la question de mourir dans la dignité // Fondation responsable jusqu'à la fin (1096-1996) // Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) // Leblond, Ghislain // Bureau, Yvon // Soins palliatifs - Aspect moral // Soins palliatifs - Histoire // Dignité // Service social - Québec (Province) // Service social aux malades en phase terminale // Québec (Province). Assemblée nationale. Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité Palliative treatment - Moral and ethical aspects // Euthanasia // Dignity // Social service - Quebec (Province) // Social work with the terminally ill

**Sites :**

[www.yvonbureau.com](http://www.yvonbureau.com)

[www.collectifmourirdigneetlibre.org](http://www.collectifmourirdigneetlibre.org)

<http://www.collectifmourirdigneetlibre.org/blog.php>

<http://www.collectifmourirdigneetlibre.org>  
pour :

- 1<sup>er</sup> mémoire du CMDL, comme experts :  
*La PERSONNE en fin de vie, SA dignité et SON choix, approches et soins appropriés*
- 2<sup>e</sup> mémoire comme témoins : *SOINS APPROPRIÉS DE FIN DE VIE : DIGNITÉ ET SÉRÉNITÉ POUR TOUS*
- 3<sup>e</sup> mémoire à l'occasion de la fin des audiences de la CSSS/QMD

Anik Laplante, secrétaire de la CSSS/QMD :

[alaplante@assnat.qc.ca](mailto:alaplante@assnat.qc.ca) 418 643-2722

- <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSMD/mandats/Mandat-12989/index.html>

- <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/index.html>

Le savoir-mourir, dans *Profil*, Bulletin d'information de la Coopérative funéraire de l'Estrie, Vol. 8, no 2, automne 1996, p. 6-7.

# Extraits du mémoire présenté par l'OTSTCFQ à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

Definition of the expression “dying with dignity”. Values, principles, and conditions for active-assisted dying, in an end-of-life context. Questions about palliative care offered.

Définition de la notion « mourir dans la dignité ». Valeurs, principes et conditions pour une aide médicale active dans un contexte de fin de vie. Questionnements sur les soins palliatifs offerts.

## 1. L'intérêt de la question pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux

### 1.1 Mandat et mission de l'Ordre

L'Ordre compte à ce jour 7 946 membres travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux. Ces professionnels œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais également au sein d'organismes communautaires, en pratique autonome ainsi que dans les milieux de l'enseignement, de la recherche et de la planification de programmes. Plusieurs interviennent auprès des personnes âgées, des enfants malades, de personnes ayant subi un accident laissant des séquelles, de femmes ou d'hommes aux prises avec des maladies dégénératives. Certains ont développé une expertise particulière au sujet du deuil, des soins palliatifs, de la réadaptation et plus spécifiquement sur les questions entourant la mort. Quelques-uns ont été mis à contribution pour développer les réflexions et les recommandations contenues dans ce mémoire.

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 15-23.

### 1.2 Une demande sociale présente dans la pratique professionnelle

Indépendamment de leur milieu de pratique et de leur champ d'expertise, les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux exercent leurs activités professionnelles majoritairement auprès de personnes souffrantes. Cette souffrance se manifeste souvent sous la forme de questionnements qui traduisent les difficultés des personnes à trouver ou à conserver un sens à leur vie, voire par l'expression plus ou moins directe d'un désir de mourir. Il arrive ainsi que nos membres reçoivent les confidences de leurs clients leur demandant, de manière plus ou moins voilée, de l'aide pour mourir. Une recherche récente témoigne que ce phénomène se produit dans une proportion non négligeable pour les travailleurs sociaux<sup>1</sup>.

D'autre part, la majorité des membres de l'Ordre exerce leurs activités en collaboration avec d'autres professionnels qui reçoivent eux aussi, à l'occasion, des demandes d'aide pour mourir. Comme professionnels sensibles aux préoccupations de leurs concitoyens, en particulier des personnes vulnérables, nous ne pouvons que prêter une oreille attentive aux requêtes d'une partie de la population qui vont dans le sens d'une ouverture à acquiescer à de telles demandes. Cette ouverture se manifeste tant par des sondages (quoique les sondages à ce sujet doivent être interprétés avec circonspection, leurs résultats pointent depuis plusieurs années vers une ouverture par rapport à l'euthanasie) que par des représentations ou des prises de position émanant d'associations et de certains ordres professionnels. À cet égard, les prises de position récentes du Collège des médecins du Québec, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et des omnipraticiens, notamment, ne peuvent que nous interpeller davantage à contribuer à la réflexion collective qui s'amorce à l'heure actuelle au Québec sur la question de mourir dans la dignité. [...]

## 2. Mourir dans la dignité, qu'est-ce à dire?

Difficile question que celle de mourir dans la dignité, notamment parce qu'elle en sous-tend d'autres qui sont reliées au fait de reconnaître ou non la légitimité pour une personne de se poser maître de sa propre vie, jusqu'à décider d'y mettre fin de façon volontaire. Dans le présent débat, cette question rejoint l'idée de pouvoir bénéficier en toute liberté des moyens nécessaires pour mourir, eu égard aux souffrances qui accompagnent le processus de fin de vie. La difficulté vient entre autres du fait que deux courants de pensée contradictoires s'opposent sur les réponses à y apporter. La Commission résume bien dans son document de consultation l'argumentaire principal des deux positions, dites conservatrice, pour l'une, et libérale ou permissive pour l'autre<sup>2</sup>.

### 2.1 La notion de dignité

Il nous apparaît important au départ d'apporter une précision sur diverses façons de comprendre la question. Pour certains, l'expression « mourir dans la dignité » accolée aux questionnements sur l'euthanasie et l'aide au suicide induit qu'il n'y aurait d'autre façon de mourir dans la dignité que par un abrègement volontaire de la vie dans un contexte de souffrances anticipées. Selon cette perspective, le fait par exemple de mourir au terme d'un processus qui déchoit le corps et qui place la personne en situation d'avoir besoin d'aide pour des soins de base et des activités courantes ne relèverait pas de la dignité humaine. Nous ne partageons pas ce point de vue. La dignité représente pour nous, au sens kantien, un attribut inhérent à la personne du seul fait qu'elle est humaine, indépendamment des conditions dans lesquelles elle se retrouve. Aussi nous admettons volontiers que des personnes puissent concevoir comme une atteinte à leur dignité le fait de devoir aller au bout du processus du mourir sans pouvoir de leur propre chef décider d'y mettre fin de manière volontaire, au moment de leur choix dans un contexte de souffrance qu'elles jugent intolérables.

Cela nous amène à faire la distinction, devenue courante, entre « mourir avec dignité » et « mourir dans la dignité ». Le premier cas fait référence à l'attitude de la personne, tandis que dans le second il est plutôt question des condi-

tions dans lesquelles la vie s'éteint. Quoique, sur le plan humain, on puisse trouver souhaitable de vivre sa mort en paix avec soi-même et avec les autres, nous ne pouvons agir collectivement sur cet aspect du processus de mourir, sinon par une offre d'accompagnement personnalisé. Nous considérons par contre que l'État doit assurer les conditions objectives d'une mort dans la dignité au même titre qu'il doit le faire à l'endroit des conditions de vie dans la dignité, sur la base de l'article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et de l'article 45 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.

### 2.2 Une question ancienne, un contexte social inédit

[...]. Si la question de mourir dans la dignité n'est pas nouvelle, le contexte social dans lequel elle se pose depuis quelques décennies est fort différent et nous estimons important d'en prendre acte. En raison de l'amélioration notable des conditions de vie et des progrès technologiques appliqués à la médecine, l'espérance de vie s'est allongée de manière substantielle au Québec quoique des inégalités importantes persistent toujours à ce chapitre. Mais la capacité de vivre plus longtemps entraîne ses revers parmi lesquels celui de devoir vivre, pour les personnes aux prises avec une maladie dégénérative, invalidante ou incurable, avec une qualité de vie diminuée progressivement jusqu'à parfois une longue agonie. [...]

De plus, une évolution sociale très importante marque le Québec depuis la Seconde Guerre mondiale. Celle-ci se caractérise notamment par le primat accordé à l'individu sur la base du libéralisme et la montée des droits humains. Un processus de laïcisation et de sécularisation a entraîné au cours des quarante dernières années une baisse marquée de l'influence de l'Église, en même temps qu'un pluralisme des valeurs, des modes de vie des personnes, des familles et des communautés. La scolarisation accrue de l'ensemble de la population a permis une meilleure compréhension des moyens par lesquels les technologies médicales peuvent prolonger la vie. Ce phénomène n'est sans doute pas étranger au fait que plusieurs de nos contemporains désirent mieux contrôler les décisions relatives à leur vie et à leur mort.

Paradoxalement, ces transformations s'accompagnent de difficultés très importantes à aborder les questions de la mort et du deuil dans la société québécoise.

### 3. La perspective d'analyse

[...]

#### 3.1 L'éthos professionnel des membres de l'Ordre

Le travail social est issu d'idéaux humanitaires et démocratiques. Il s'est développé historiquement de concert avec le mouvement des droits humains et dans une visée de promotion des principes de justice sociale. Depuis son émergence, la pratique du travail social prend en compte les besoins de la personne en privilégiant sa perception de la situation. Sa mission est d'aider les personnes, les groupes et les collectivités à développer leur potentiel et à vivre en fonction de leurs aspirations. [...]

#### 3.2 Les principales valeurs en présence

L'autonomie et l'autodétermination de la personne sont ainsi pour nous les valeurs les plus sollicitées sur cette question, tout comme la primauté de la personne à pouvoir prendre elle-même une décision la concernant, tant qu'elle est lucide, et qu'elle est en mesure de prendre une décision en toute connaissance de cause. On doit pouvoir établir un droit pour toute personne en fin de vie d'être accompagnée en fonction de ses valeurs personnelles, spirituelles et de ses croyances.

Sur la base du principe de justice sociale, on doit par ailleurs s'assurer que la possibilité de mourir dans la dignité en fonction de la conception que la personne en a soit réelle, sans désavantager les autres. L'État doit donc assurer que les options qui en résultent puissent être offertes dans son offre de soins et de services, garantie par les politiques sociales appropriées.

#### 3.3 Les principes directeurs

Les principes directeurs sur lesquels nous fondons notre réflexion sur la question de mourir dans la dignité sont les suivants.

- Chaque personne a le droit de déterminer ce qui est bon pour elle et de faire ses choix quant à la façon de vivre son processus de fin de vie.

- L'autodétermination de la personne se vit dans une perspective relationnelle avec la famille, les proches et l'équipe interdisciplinaire de soins et de services.
- L'État doit assurer aux personnes non seulement les conditions d'une vie dans la dignité, mais aussi d'une mort dans la dignité.
- Toute personne a le droit d'être accompagnée en fonction de ses valeurs et de ses croyances, sans discrimination.
- Il est nécessaire d'envisager l'aide médicale active à mourir dans un contexte plus large de soins et de services de fin de vie.
- Il est impératif de développer une culture qui se réapproprie la mort comme étape de vie et l'éducation au deuil comme un moyen d'y parvenir.
- Le point de vue des personnes en situation de demande d'aide à mourir doit prévaloir sur celui des professionnels et des groupes d'intérêt impliqués.

C'est sur la base de ces principes que nous abordons de manière plus spécifique les questions posées par la Commission dans son document de consultation.

#### 3.4 Question de vocabulaire et de perspective

Les termes « euthanasie » et « suicide assisté » font historiquement référence à la décision de la personne d'abrèger sa vie de manière volontaire. Nous trouvons intéressantes les définitions retenues par la Commission dans son document de consultation tant pour l'euthanasie que pour le suicide assisté. Cependant, en plus d'établir un lien direct avec le Code criminel, de juridiction fédérale, ces termes possèdent une charge émotive très grande. Pour cette raison, et sans vouloir diminuer la portée de ces concepts, nous préférons recourir à l'expression « aide médicale active et balisée pour mourir ».

#### 4. Les soins palliatifs, une mesure à développer

Depuis les années 1970 et 1980, le Canada et le Québec se sont engagés sur la voie des soins palliatifs pour répondre aux préoccupations de plus en plus prégnantes reliées au fait de pouvoir mourir dans la dignité. Toute une

philosophie et une pratique allaient se développer pour humaniser les soins et permettre aux personnes en phase terminale de vivre le processus du mourir dans un contexte sécurisant, le plus possible exempt de douleurs et de souffrances, et favorisant tant les relations avec les proches que l'accompagnement dans le processus de fin de vie. Au-delà de pouvoir vivre ses derniers moments dans des conditions favorables, l'accompagnement peut permettre à la personne qui le désire de se réapproprier et donner sens à sa vie tout en ayant la possibilité de demeurer en présence de ses proches.

#### 4.1 Acquis et limites

Il ne fait aucun doute que la mise en place de soins palliatifs par des équipes interdisciplinaires représente au Québec un acquis majeur pour permettre aux personnes de mourir dans la dignité. Un certain nombre de nos membres ont exercé et exercent toujours leurs activités professionnelles au sein de telles équipes. Les soins palliatifs constituent un net progrès pour répondre à la requête légitime des personnes en proie à des souffrances découlant de leur état de santé ou de leur maladie d'être soulagées et accompagnées dans le processus de fin de vie. Les soins palliatifs ont le mérite de considérer la personne globalement, incluant la dimension spirituelle. Le lancement de la Politique de soins palliatifs en fin de vie par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en 2004, vient consacrer l'importance de ces soins et la volonté gouvernementale de les développer.

Ces acquis ne sauraient cependant occulter les limites observées de manière empirique et relevées dans l'étude de l'Institut national de santé publique<sup>3</sup>. Premièrement, les soins palliatifs sont encore peu développés, et l'offre de soins et de services n'est pas offerte de façon équivalente dans toutes les régions du Québec. Deuxièmement, ces soins sont surtout offerts en contexte hospitalier alors que plusieurs personnes souhaitent les recevoir à domicile ou encore dans des centres consacrés à cette fin. Ces centres, lorsqu'ils parviennent à voir le jour, le sont au prix de grands efforts de la part des communautés, sans obtenir de la part de l'État le soutien financier auquel elles auraient droit, selon nous.

La formation et le déploiement d'un plus grand nombre d'équipes interdisciplinaires se trouvent aussi rendus nécessaires par la perspective des besoins en croissance susceptibles de se manifester dans le futur. Nous considérons par ailleurs qu'un accompagnement psychosocial devrait être offert aux personnes qui le souhaitent dès l'annonce d'un diagnostic de maladie grave et non seulement dans le contexte de soins palliatifs de fin de vie.

#### 4.2 Offre restrictive ou libre choix

Plusieurs émettent l'hypothèse qu'avec une offre améliorée de soins palliatifs, la demande pour une aide médicale active pour mourir s'estomperait ou diminuerait grandement. Il demeure que, dans certains cas, des personnes réclament la possibilité de recevoir une aide médicale active pour hâter leur décès afin d'éviter ou d'abrèger les souffrances associées au processus de fin de vie. Ces personnes adressent une telle demande soit en cours de soins palliatifs, soit encore au préalable comme une solution alternative à ces soins en fonction de leur vision de la dignité humaine. Selon cette conception de la dignité, on devrait pouvoir s'abstraire pour soi-même des affres de l'agonie ainsi qu'en préserver nos proches.

#### 5. Reconnaître la légitimité de la demande d'une aide médicale active et balisée en contexte de fin de vie

Que faire par rapport à ces demandes, somme toute exceptionnelles si l'on se fie aux expériences tentées dans d'autres pays? Plusieurs arguments militent à l'encontre de l'ouverture à répondre favorablement aux demandes d'aide médicale active à mourir des personnes. La Commission les résume bien dans son document de consultation, et on les retrouve également bien étayés dans d'autres présentations<sup>4</sup>. Tout en prenant au sérieux plusieurs de ces arguments, l'Ordre considère cependant que l'État devrait reconnaître la légitimité de ces demandes dans certaines circonstances et à certaines conditions dans un contexte de fin de vie. À l'instar d'autres personnes qui réfléchissent à la question en France, nous estimons même qu'il en va d'un devoir de solidarité sociale envers la personne mourante si telle est sa volonté<sup>5</sup>.

En effet, quoique les soins palliatifs représentent selon nous une réponse adaptée et pertinente pour permettre aux personnes de mourir dans la dignité, ils ne peuvent répondre aux besoins de toutes les personnes. Une telle option n'enlève rien à la légitimité de la demande des personnes qui, en toute connaissance de cause, désirent néanmoins que l'on abrège volontairement leur vie en contexte de fin de vie. Aussi, l'Ordre estime que l'État devrait envisager d'accorder une aide médicale active, balisée et contrôlée comme un soin de fin de vie<sup>6</sup> aux personnes qui le demandent ou qui l'ont exprimé préalablement en l'incluant dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

La société change, les mots et les expressions aussi. Ainsi, nous devrions parler des soins palliatifs appropriés et, mieux, des soins et de services appropriés de fin de vie. Le développement des soins et de services appropriés et personnalisés pour tous et toutes semble des plus indiqués.

### **5.1 Les conditions pour bénéficier de cette aide**

L'Ordre insiste cependant sur l'importance qu'une telle aide soit balisée par des critères bien définis et très stricts en plus de s'inscrire dans un processus d'évaluation et d'accompagnement réversible à tout moment. À ce stade-ci, cette aide devrait pouvoir être accordée aux personnes aptes à consentir qui en expriment la volonté et à celles qui, inaptes, l'ont exprimé préalablement, dans la mesure où : 1) elles sont aux prises avec une maladie incurable et invalidante qui conduit à des souffrances physiques; 2) le processus de mort est inexorablement enclenché ou sur le point de se réaliser. À notre avis, une telle aide constitue un geste médical qui doit être posé par un médecin. Éventuellement, après études, après une longue discussion et un important consensus dans la population, on devrait pouvoir considérer qu'il puisse l'être également par un autre professionnel habilité à le faire.

L'évaluation de la situation devrait confirmer la demande d'une personne pour une telle aide ainsi que la validité de son consentement. Nous croyons qu'à l'heure actuelle les médecins devraient jouer un rôle prépondérant dans cette démarche d'évaluation, mais qu'un autre médecin et au moins un autre professionnel de

l'équipe traitante devraient y prendre part. L'idée ici est de favoriser une discussion en équipe interdisciplinaire et avec la famille, laquelle devrait aussi être informée de la demande pour mieux comprendre comment elle peut participer au processus. Et plus une fin de vie est complexe, plus le travail interdisciplinaire devient approprié. Il va de soi également qu'un professionnel pour qui une telle demande va à l'encontre de sa conscience devrait pouvoir être respecté et exempté d'agir dans un tel sens.

### **5.2 Le rôle des professionnels de l'Ordre**

Les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux souhaitent jouer un rôle actif concernant l'évaluation des demandes, du processus décisionnel et de l'accompagnement de la personne concernée et de ses proches de façon à pouvoir établir un plan de fin de vie. En raison de leurs fonctions et de leurs compétences, ils sont parmi les professionnels les mieux préparés et habilités à bien informer les parties impliquées, notamment la personne en fin de vie, sa famille et son entourage. Une éthique relationnelle est privilégiée dans cette démarche. Faire un choix quant aux soins et aux services de fin de vie désirés ne devrait pas être une décision de dernière minute prise sous pression, mais plutôt un processus évolutif et réfléchi avec la personne en relation avec ses proches.

Les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux insistent sur l'importance d'entamer ce processus en amont, au moment où s'installent les conditions inexorables menant à la mort ou auparavant, afin de pouvoir jouer un rôle significatif auprès de la personne, de sa famille et de son entourage, pour établir le climat propice, pour s'assurer que tous les intervenants et les proches ne perdent jamais de vue que la volonté de la personne doit primer sur toute autre considération. La personne en fin de vie doit demeurer au cœur des processus d'information et de décision. En permettant à la personne d'exprimer ce qu'elle souhaite, veut et choisit, on évite un grand nombre d'impasses conjugales, familiales et sociétales pendant le processus de fin de vie. On contribue à enlever un énorme fardeau sur les épaules des conjoints, des enfants et des autres membres de la famille.

### 5.3 La question des mineurs et du consentement substitué

Dans la mesure où une telle aide médicale active pour mourir est considérée comme un soin, elle devrait normalement satisfaire tous les critères qui caractérisent les autres soins et services dans le contexte juridique actuel. En raison de la gravité d'une telle décision, nous estimons cependant que l'aide médicale active pour mourir devrait bénéficier d'un statut particulier, exceptionnel. Concrètement, nous ne croyons pas que cette aide puisse être autorisée uniquement à la demande d'un mineur, même âgé de plus de 14 ans. Le consentement des parents devrait être nécessaire, et une aide psychosociale offerte à la famille pour envisager cette perspective lorsqu'elle résulte de la demande du mineur. De plus, une demande d'aide médicale pour mourir formulée par un mineur âgé de moins de 14 ans et ratifiée par les parents devrait pouvoir être considérée à titre exceptionnel également. On y voit là plus qu'ailleurs la nécessité d'une équipe interdisciplinaire.

D'autre part, nous croyons qu'il n'est pas indiqué que puissent s'appliquer les règles du consentement substitué et faire en sorte que le représentant de la personne inapte, qu'elle soit enfant, adolescente ou adulte, ait pouvoir de décision en cette matière à moins que la personne en question l'ait préalablement manifesté par écrit ou verbalement à plusieurs reprises et que cela puisse être attesté de manière incontestable. Nous postulons qu'en l'absence de cette condition, une telle demande pourrait être faite par les proches et la famille aux prises avec leur propre souffrance devant l'agonie de la personne malade et qu'y répondre ouvre la porte à la prise de décision ayant son origine ailleurs que dans la personne elle-même. Et quoiqu'une telle demande puisse être motivée par la compassion, il demeure que la personne concernée doit rester au cœur de ce genre de décision. Nous considérons en outre que la difficulté d'interprétation de la demande de la personne malade requiert toute la prudence qui s'impose. En cas de la moindre incertitude sur le sens à lui donner, nous estimons qu'il convient de s'abstenir de poser un geste actif pour provoquer son décès.

### 6. L'aide active à mourir en d'autres contextes que la fin de vie

Comme mentionné dans le document de consultation, les demandes d'aide à mourir surgissent dans d'autres contextes que celui de la fin de la vie. Par exemple, elles surviennent aux premiers stades d'une maladie dégénérative qui vraisemblablement va s'étendre sur une longue période ou encore de la part de personnes dont un accident a pu laisser un handicap important. Ce type de situation comporte des similitudes et des différences à celle de l'euthanasie envisagée dans un contexte de fin de vie. Il s'agit certainement de considérer la possibilité de répondre positivement à la demande d'aide pour mourir de la personne qui s'estime aux prises avec des souffrances intolérables ou sans la qualité de vie désirée. Il demeure toutefois que la perspective de temps restant à vivre et la nature des souffrances, principalement psychologiques plutôt que physiologiques, sont fort différentes. La responsabilité des professionnels impliqués s'avère également très différente dans l'un et l'autre cas.

Nous désirons affirmer une nette réserve quant à la mise en place de dispositions pour faciliter le fait qu'une personne puisse abrégé sa vie en d'autres contextes que celui de la fin de vie actuellement, même par compassion. À notre avis, une telle avenue interroge les fondements mêmes sur lesquels se sont édifiés les programmes de prévention du suicide et d'aide aux personnes en détresse. Il nous semble qu'encore beaucoup de recherche, de réflexion et de délibération collectives restent à faire avant d'atteindre un certain consensus social à ce sujet au Québec. Il est cependant à prévoir qu'un consensus de cette nature puisse survenir dans le futur, et nous estimons qu'il faudra se pencher sur la question et ses enjeux au cours des prochaines années. Toutefois, l'Ordre met de l'avant le principe de précaution et ne croit pas opportun d'aller de l'avant avec la mise en place de mesures qui permettraient d'accorder une telle aide pour le moment.

Il faut néanmoins reconnaître qu'un *statu quo* en cette matière comporte également des enjeux. Les personnes qui auront fermement décidé de mettre un terme anticipé à leur vie devront continuer de se tourner vers des

moyens susceptibles de présenter des inconvénients majeurs pour eux-mêmes, voire pour leurs proches. En particulier, le Code criminel stipule qu'une personne qui en aide une autre à s'enlever la vie, même si c'est à sa demande et par compassion pour mettre fin à des souffrances qu'elle juge intolérables, est passible de peines d'emprisonnement. Nous ne pouvons que souscrire, dans ce contexte, aux démarches de certaines provinces qui ont adopté comme pratique de laisser à la discrétion du procureur le fait de porter des accusations.

Nous souhaitons également en ce sens rappeler, quoiqu'elle s'adressait à l'époque au gouvernement fédéral, la double recommandation faite par l'Ordre en 1994 au Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide : 1) ne pas légaliser le suicide assisté; 2) mais décriminaliser l'aide au suicide assisté. C'est pourquoi nous estimons que les pratiques des provinces canadiennes qui donnent des directives au procureur quant à la pertinence de poursuite constituent sans doute une voie à explorer pour le Québec. Qu'il soit clair ici, cependant, que nous avons toujours en tête des situations où le geste est commis à la demande éclairée et libre de la personne concernée par la situation.

## **7. Autres considérations importantes pour l'Ordre**

Quoique l'Ordre adopte une position d'ouverture à ce qu'une aide médicale à mourir active et balisée fasse partie de l'offre de soins et de services de fin de vie, nous croyons important de soulever les inquiétudes, les questionnements, les implications et les enjeux soulevés pour favoriser que les personnes meurent dans la dignité et dans la sérénité.

### **7.1 Respecter, encadrer, former et informer**

Même si nous n'adhérons pas à la théorie de la « pente glissante » souvent évoquée, nous remarquons que le débat actuel lancé par le gouvernement du Québec sur la question de mourir dans la dignité survient dans un contexte de restrictions budgétaires pour le réseau de la santé et de services sociaux. De grandes pressions sont exercées sur les services aux personnes âgées, notamment quant à leur transition vers des ressources d'hébergement, en manque criant, pour libérer des lits hospitaliers. Dans ce contexte, nous voulons réitérer

l'importance qu'une aide médicale active pour mourir ne soit procurée qu'à la demande expresse et réaffirmée de la personne en fin de vie sans outrepasser les conditions de validité du consentement, avec une vigilance de tous les instants. Il serait inadmissible que de tels gestes soient commis à l'endroit d'une personne en raison de pressions familiales, institutionnelles ou sociales. Seul l'intérêt de la personne doit primer, comme le stipule notre Code civil.

Dans la perspective, donc, où le gouvernement du Québec intègre à son offre de soins et de services de fin de vie l'aide médicale active à mourir, comme nous le demandons, nous croyons que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux devraient être tenus de se doter de politiques d'encadrement et de mécanismes de vigie et d'évaluation continue contrôlés par une instance appropriée. Les comités d'éthique des établissements, de plus en plus répandus, gagneraient également à être associés à la démarche dans la mesure où ils sont soutenus par un processus de formation continue sur la question. De plus, nous recommandons dans cette éventualité que le gouvernement du Québec confie au Commissaire à la santé et au bien-être un mandat de vigie des pratiques pendant dix ans à la suite de l'adoption d'une telle modification.

Il importe également de prendre en compte qu'aller dans le sens d'une telle ouverture impliquera de développer et d'actualiser la formation des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et la mise en place de stratégies d'information de la population.

### **7.2 Faire mieux ce qui est déjà possible**

Pour que la personne en fin de vie soit en mesure d'exercer en toute liberté un choix pour une aide médicale active pour mourir, le cas échéant, il importe d'assurer la disponibilité des soins palliatifs. Or, dans la Politique en soins palliatifs de fin de vie du gouvernement du Québec, on retrouve plusieurs mesures qui demeurent encore à concrétiser, notamment pour ce qui concerne les maisons de soins palliatifs. L'Association canadienne des soins palliatifs et le Réseau québécois des soins palliatifs continuent d'attirer l'attention sur la nécessité d'un tel développement, auquel nous

souscrivons totalement. En fait, nous proposons que ces lieux deviennent des maisons de fin de vie, dans lesquelles seraient offerts tous les soins et services de fin de vie, incluant les soins palliatifs et l'aide médicale active et balisée pour mourir.

Nonobstant cette possibilité de choix, d'aucuns affirment que malgré les progrès survenus au cours des dernières années, des améliorations restent à faire pour ce qui regarde certaines conditions reliées à la mort dans la dignité déjà existantes et prévues dans le cadre des lois et des politiques actuelles. Se pourrait-il, par exemple, que nous ayons encore des progrès à faire quant au respect de la volonté des personnes de ne pas recevoir ou de faire cesser des traitements? Si le droit de refuser ou de faire cesser les traitements de fin de vie existe explicitement au Québec, l'exercice de ce droit se doit d'être mieux soutenu et toujours possible. De plus, en ce qui concerne les enfants et les adolescents, il semble que nous ayons encore beaucoup à nous améliorer pour mieux communiquer avec eux les informations fondamentales au sujet de leur propre maladie, de la maladie de leur parent ou de celle d'un proche.

### **7.3 Développer une culture de fin de vie responsable, préparée et ouverte**

Ces considérations nous amènent à traiter de l'importance de contribuer à l'émergence d'une culture où l'on prépare mieux sa mort. Cela pose un défi considérable dans la société actuelle qui, axée sur l'espoir et la guérison, tend à éluder la perspective de la mort. En ce sens, l'Ordre recommande que l'usage du « testament biologique », « testament de fin de vie » ou des « directives de fin de vie », devienne de plus en plus répandu et que l'Assemblée nationale du Québec en reconnaisse explicitement la valeur juridique et en fasse la promotion. Plusieurs y voient un cadeau de la personne en fin de vie envers ses proches. Pour mourir dans la sérénité, il est important de savoir que notre volonté concernant notre fin de vie sera connue et respectée.

L'Ordre croit que plus nous serons assurés du respect de notre volonté ultime, moins nous penserons à recourir au suicide pour terminer notre vie, et ce, pour le mieux-être de tous.

Nous nous devons, dans le même sens, de parler de l'importance de préparer, pour les

proches, la fin de vie d'un être cher qui désire mourir. Cette planification sera avantageuse pour le mieux-être de tous. Il importe également d'entrevoir que, dans l'éventualité où des personnes se prévaudraient d'une aide médicale active pour mourir, une nouvelle forme de deuil serait à prévoir pour les proches, pour les membres de la famille. En effet, un questionnaire sur notre responsabilité d'avoir été complices de la mort de cet être aimé en le laissant mourir peut induire un sentiment de culpabilité de n'avoir pas fait tout ce qu'il fallait pour lui permettre d'apprécier sa vie. Les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux attirent l'attention sur le soutien et l'accompagnement spécifiques à offrir, dans ces situations particulières, aux personnes proches d'un mourant ayant bénéficié d'une aide médicale pour mourir, et favorisent l'actualisation de mesures d'éducation au deuil et à la mort appropriées pour les endeuillés.

### **7.4 Améliorer les conditions de vie des aînés et des personnes vulnérables**

Traiter la question de la mort dans la dignité interroge aussi les conditions de vie réservées aux personnes vulnérables, malades, en fin de vie ou non, ainsi qu'à leurs proches et à leurs familles. Qu'en est-il, à l'heure actuelle, de l'environnement de soins et des perspectives de fin de vie offerts à ces personnes? Il faut prendre acte qu'au Québec beaucoup de personnes meurent à l'hôpital, notamment aux urgences, ce qui ne correspond ni à leur choix, ni à celui de leurs familles. En effet, il semble plutôt que l'insuffisance de ressources soit à l'origine de ce phénomène, inadmissible. Certains seront tentés de faire un lien entre ce constat et le fait que le Québec occupe toujours le dernier rang, dans l'ensemble canadien, quant au budget alloué aux services de soutien à domicile par rapport à son PIB.

Dans un mémoire présenté dans le cadre de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés en 2007<sup>7</sup>, l'Ordre relevait plusieurs pistes d'amélioration relatives aux soins à domicile, au soutien à accorder aux aidants naturels, aux conditions de vie des personnes en établissements et dans les ressources d'hébergement, aux attitudes du personnel soignant, etc. Encore beaucoup de travail reste à faire, selon nous, pour offrir aux personnes

un environnement optimal qui ne pourrait aucunement constituer un incitatif en faveur d'une aide médicale active pour mourir, choisie par dépit ou par manque d'alternatives plutôt que par choix, en tout respect de leurs valeurs et de leur conception de la mort dans la dignité. Dans une perspective plus large, s'appuyant sur des principes de justice et d'équité sociales qui lui sont chers, l'Ordre rappelle au pouvoir politique son obligation de faire en sorte que tous les citoyens – particulièrement les plus vulnérables – puissent bénéficier de conditions de vie dignes et décentes. [...]

#### **Descripteurs :**

OTSTCFQ. Mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité // Soins palliatifs - Aspect moral // Euthanasie // Dignité // Service social - Québec (Province)  
Palliative treatment - Moral and ethical aspects // Euthanasia // Dignity // Social service - Québec (Province)

#### **Notes**

- 1 Nous faisons ici référence à la recherche de Valérie Chamberland, M.A. (travail social), effectuée dans le cadre du programme de maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal dont le mémoire s'intitule *Enquête sur la position des travailleurs sociaux face à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Exploration des attitudes, des expériences, des ressources et des difficultés*, décembre 2009.
- 2 Voir Goffi, J.-Y. (2004). Euthanasie, dans (Sous la direction de Monique Canto-Sperber), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 1, Presses Universitaires de France, 705-708.
- 3 Nous faisons ici référence à l'étude de l'INSPQ intitulée *Soins palliatifs de fin de vie au Québec : définition et mesure d'indicateurs. Partie 1 : population adulte (20 ans et plus)*, publiée en 2006.
- 4 Par exemple, Melançon, M. J. « Clarification des concepts et des pratiques concernant le "Mourir dans la dignité" », dans (Sous la direction de Jean-Pierre Bélanger), *Mourir dans la dignité? Soins palliatifs ou suicide assisté, un choix de société*.
- 5 Voir notamment Paula La Marne (2005), *Vers une mort solidaire*, Paris : PUF, et le Rapport no 63 du Comité consultatif national d'éthique français, *Fin de vie, arrêt de vue, euthanasie* (janvier 2000).
- 6 La recherche déjà citée de Valérie Chamberland, qui a rejoint 576 travailleurs sociaux, relève notamment que ces derniers sont dans une proportion de 82,8 % favorables à l'euthanasie.
- 7 OPTSQ (2007). *À quel âge cesse-t-on d'être une personne pour devenir « objet de soins » ?*, mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées.

## Le lien social en soutien à la vie des personnes âgées

par  
Josée Grenier, T.S., professeure  
Université du Québec en Outaouais – Campus  
de Saint-Jérôme  
Courriel : josee.grenier@uqo.ca

Results of a qualitative study on the aging experience, and the use of health services. Thoughts on euthanasia, the quality and financing of services to the elderly.

Résultats d'une recherche qualitative sur l'expérience du vieillissement et de l'utilisation des services de soin. Réflexions sur l'euthanasie, la qualité et le financement des services aux personnes âgées.

La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (créée en vertu d'une motion de l'Assemblée nationale du Québec en décembre 2009) n'étonne guère et n'est certainement pas le fruit du hasard, surtout depuis le dépôt du projet de loi C-384 – Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement) – qui fut rejeté par une forte majorité le 29 avril 2010.

Ce n'est pas tant le débat qui surprend ici, mais la conjoncture dans laquelle il s'inscrit et, à cet égard, soulève un questionnement quant à ses motifs « raisonnables ». La confusion règne sur les termes utilisés lorsqu'on discute d'euthanasie – active, passive – ou de suicide assisté. La clarification s'impose sur les termes empruntés. Norwood (2010 : 20) renvoie aux définitions suivantes : (1) l'euthanasie correspond à « mettre fin à la vie d'une personne à sa demande explicite, en raison d'une maladie incurable »; (2) le

suicide assisté consiste à « procurer à une personne les moyens de mettre fin à ses jours en regard d'une maladie incurable. »

La question de l'euthanasie s'inscrit dans un bouleversement démographique qui suscite des enjeux et des défis de taille exigeant en priorité de repenser les institutions en fonction du vieillissement de la population.

Sans être complètement isolées, certaines personnes malades vivent dans des conditions précaires pouvant conduire progressivement à l'exclusion (Paugam, 2007). La solitude vécue ou ressentie par plusieurs personnes âgées, l'isolement, l'exclusion, les souffrances physiques et parfois morales qui en résultent posent la question du lien social au travers des solidarités ou de l'absence de solidarité.

Le débat de cette commission devient l'occasion d'un questionnement sur la finitude de la vie et paradoxalement sur le sens de la vie, une réalité qui interpelle directement les personnes malades, la société entière et les générations à venir; « le droit de vieillir dans la dignité est donc un combat qui touche tout le monde » (Boucher, 2011, cité par Kettani, 2011).

L'article propose de discuter des conséquences de la maladie liée à la vieillesse, mais plus spécifiquement de la qualité de vie modifiée par les pertes, les ruptures dans la continuité de la vie réduisant les personnes à une qualité de vie moindre. Cette discussion sur la vieillesse et la maladie renvoie au vieillissement individuel et collectif, au changement démographique et aux nombreux enjeux associés à ce défi de société, entre autres la place et le traitement réservés aux personnes âgées au sein de la société au moment où l'autonomie se retrouve fragilisée. Autour de ces réflexions, notons les questions de l'euthanasie et du suicide assisté et certains thèmes qui donnent un éclairage plus large au débat et à la compréhension des phénomènes en interaction. De manière plus précise, la première partie fait état

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1) : 24-34.

de certains constats plus généraux liés au changement démographique et à ses enjeux. Des discours choisis de différentes provenances axés sur le système de santé et les personnes âgées exposent les tensions sociales, économiques et politiques auxquelles nous sommes confrontés comme acteurs sociaux. En seconde partie, nous aborderons le vieillissement et les impacts de la perte d'autonomie, dont l'accent a surtout été mis sur les ruptures de la vie quotidienne et plus spécifiquement sur la transformation des liens sociaux conduisant parfois à vivre une grande solitude et un isolement. Par la suite, nous traitons de l'autonomie et des conditions qui facilitent et limitent l'exercice de celle-ci, et plus spécifiquement l'impact des contraintes exercées sur la qualité de vie, les choix et les aspirations des personnes. Nous explorons dans cette section, au travers des propos d'experts, la légalisation de l'euthanasie et l'impact qu'elle pourrait exercer sur ces populations plus fragiles et vulnérables. Cette partie nous conduit à questionner la médecine de plus en plus interventionniste, ses finalités, repoussant les frontières de la mortalité, mais sans toutefois garantir une qualité de vie liée à l'allongement de la vie. Enfin, nous ferons une brève incursion relative en matière de financement des soins à domicile et des défis pour le travail social dans ce domaine.

### **1. Mutation démographique et nouveaux enjeux**

Le développement des politiques de santé publique dans les pays occidentaux, l'amélioration des conditions socioéconomiques et les progrès de la médecine, soutenus par le développement des sciences et des technologies, ont permis de repousser les frontières de la mortalité. De remarquables progrès ont été réalisés en matière d'espérance de vie (Laudy, 2008) entraînant une proportion grandissante de personnes âgées. En matière de longévité, le Québec arrive deuxième, après le Japon, où le rythme du vieillissement de la population est le plus accéléré. Selon les projections démographiques, entre 2006 à 2051, le Québec verra la population des 65 ans et plus passer de 14 % à 29,7 %. Chez les personnes de 85 ans et plus, on prévoit encore une hausse plus significative,

allant de 1,5 % en 2006 à 7,5 % en 2051. Ce groupe, particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé et de pertes d'autonomie, est susceptible d'entraîner des conséquences sur les services de santé et sociaux (Villeneuve, 2007). Parallèlement au vieillissement individuel et démographique, on observe au Québec un faible taux de fécondité qui n'est pas sans créer de tensions par ces enjeux – qu'on pourrait entendre comme des préoccupations – économiques, politiques et sociaux.

Dans les discours sur le vieillissement, l'accent est surtout mis sur le poids démographique, social et économique des personnes âgées dans la société. Parmi les conséquences prévisibles du vieillissement de la population, on redoute son impact négatif sur les finances de l'État en raison d'une augmentation des dépenses en santé. Les discours regorgent de réflexions sur la problématique du vieillissement et, avec insistance, de ses pathologies, de la maladie et de la dépendance (Carbannelle, 2010; Ennuyer, 1997).

Le vieillissement est présenté comme une source de difficultés de notre époque et est « perçu comme une déchéance où la personne âgée "est âgée" avant d'être une personne » (Ennuyer, 1997 : 15). Pis encore, le vieillissement est généralement décrit comme un problème social (Trincaz et Puijalon, 2004). Les qualificatifs visant à décrire le phénomène sont révélateurs : « fardeau économique, véritable épidémie » (Henrard, 2003 : 221, cité par Carbannelle : 2010 : 8), « ... un tsunami » (Bélaïr-Cirino, 2010), « crise globale du vieillissement » (Furedi, 2002 : XI, cité par Carbannelle, 2010 : 8).

En somme, le débat sur l'euthanasie prend forme dans une conjoncture particulière où circulent des discours et des préjugés entourant la vieillesse antagonistes : transformation démographique, crise des finances publiques, culte voué à la jeunesse, représentations négatives persistantes liées au vieillissement dans les pays occidentaux, et valeur accordée à l'autonomie et à l'autodétermination.

Chez les personnes de tout âge, dans une société comme la nôtre qui met davantage l'accent sur l'individu et donc sur l'autonomie que sur les appartenances et la solidarité,

sur le droit de chacun de disposer de soi ou de s'autodéterminer, la valeur d'autonomie constitue un souhait très largement partagé. En ce sens, personne ne souhaite devenir un fardeau pour quiconque. Mais la maladie vient parfois mettre en péril les capacités de décision, souvent parce qu'on ne peut plus agir en toute indépendance.

Des Aulniers (2010) met en lumière ces aspects :

« Primo, elle [l'offre de l'euthanasie] combine une valeur phare dans les pays nord-occidentaux et une conjoncture démographique singulière. En effet, nous sommes nourris au petit lait de "l'autonomie", équivalant davantage au talent à se débrouiller seul qu'à la faculté de penser par soi-même. Évidemment, personne ne rechignera face à l'indépendance fonctionnelle, évitant d'être un fardeau pour les autres, ponctuellement ou continuellement. Mais voilà que ce critère, si désirable et typique d'une définition contemporaine de soi vivée à l'âge adulte, subit les assauts de la réalité, dans le vieillissement moteur ou neuronal, la maladie chronique, et un pronostic léthal. Le "surtout ne pas être un poids"... ».

Ne pas être un poids... un paradoxe devant la maladie qui entraîne parfois des formes de dépendance dans ces années ajoutées, « mais au prix de souffrances prolongées » (Norwood, 2010 : 97), suivant le cumul d'atteintes fonctionnelles et cognitives qui peuvent prendre des formes complexes (Laudy, 2008). Cette situation suscite de nombreux débats éthiques, sociaux, politiques et économiques. Face à la maladie, quels sont les enjeux auxquels sont confrontées les personnes âgées malades ?

## 2. Maladie, perte d'autonomie et perte des liens sociaux

Vieillir s'inscrit pour tous et toutes dans un processus dynamique fait de changements et de développements successifs. L'expérience du vieillissement varie en fonction de l'état de santé des personnes, des possibilités d'exercer son autonomie et des appuis apportés par les proches (réseau de solidarité) et le réseau de la santé.

Pour la majorité des personnes âgées, vieillir ne présente pas en soi de difficulté (Grenier, 2009;

Pitaud et Redonet, 2010). C'est lorsque la maladie survient que l'expérience de vieillir prend un autre ton, surtout en cas de pertes fonctionnelles à long terme. Les transformations liées à la maladie sont nombreuses et les pertes transforment la vie quotidienne – les habitudes, les activités et les relations sociales – entraînant une discontinuité dans le parcours de vie (Cavilli, Bickel et Lalive d'Épinay, 2002), une rupture avec l'existence. Un cumul de handicaps peut entraîner une rupture progressive des liens sociaux (Paugam, 2007), voire une grande solitude, un isolement.

Sans être spécifiques de la vieillesse, la solitude et l'isolement relèvent d'expériences singulières générées par des parcours particuliers de la vie (Pitaud et Redonet, 2010). Leur caractère multidimensionnel rend ces deux phénomènes complexes et se traduit davantage dans des situations réelles et observables que par des états affectifs. L'isolement prend divers aspects, social, affectif et physique, tandis que la solitude exprime davantage un sentiment, variable dans sa forme et tout autant dans sa façon de la ressentir (Pitaud et Redonet, 2010).

La perte d'autonomie a souvent été associée dans divers travaux à la raréfaction des liens sociaux, toutefois certaines études relativisent cette idée (Pitaud et Redonet, 2010; Lalive d'Épinay et Spini, 2008). Néanmoins, vivre seul, et en outre avec la maladie, expose à une plus grande probabilité de vivre un isolement, un retrait de la participation sociale (Norwood, 2010 : 70). La dépendance marginalise, pousse à l'écart de la vie normale par l'abandon de certaines activités. Parallèlement, l'identité s'en trouve parfois atteinte par les limitations, et parfois la honte de son état physique, de ce corps que l'on ne maîtrise plus. Ces aspects peuvent conduire graduellement à une désaffiliation sociale progressive, à une mort sociale – « une mort de l'être social antérieure à la mort biologique » (Norwood, 2010 : 70). La mort sociale fait référence à « tous ceux qui ne sont plus reconnus ou ne se reconnaissent plus en tant que membres de la société à part entière, qui sont "coupés" ou exclus de la société, qui habitent "hors de" l'espace social » (mort sociale, s.d<sup>1</sup>). Selon Seale (cité par Norwood, 2010 : 70), la mort sociale constitue une sorte « d'exclusion de la culture » provoquée par

l'impossibilité des individus de maintenir, verbalement ou physiquement, une socialité. En ce sens, la « mort » apparaît parfois bien avant le dernier souffle. La dimension relationnelle, par la solitude éprouvée, tant physique qu'affective, constitue une limite à la qualité de vie (Gouvernement du Québec, 2010 : 9) : « ... l'une des pertes sociales les plus subtiles, mais les plus marquantes, est la perte de relations et la solitude et l'isolement social qui en résultent quand leurs jours achèvent » (Norwood, 2010 : 79).

Devant l'imminence de la mort, plusieurs personnes atteignent le crépuscule de leur vie dans la résilience, mais certaines d'entre elles vivent et ressentent une grande détresse face à l'inévitable. Les trop longs moments de solitude ne sont d'aucun réconfort devant l'inquiétude et l'incertitude reliées à la peur de la douleur physique. On fait peu de cas de la dignité des personnes malades, celles pour qui la vie n'a plus de sens, qui attendent la mort, et des réels enjeux entourant cette période de la vie. Norbert Élias révèle avec justesse cette idée :

« Beaucoup d'hommes meurent peu à peu, ils deviennent fragiles, ils vieillissent. Les derniers moments sont importants, certes. Mais souvent le départ des êtres humains commence bien plus tôt. Très souvent, leurs infirmités physiques séparent déjà les êtres vieillissants des vivants. Leur déclin les isole... Voilà bien le plus difficile – cette exclusion silencieuse des êtres vieillissants de la communauté des vivants, le refroidissement progressif de leurs relations avec des êtres [...] qui représentaient pour eux un sens, une sécurité » (Élias, 2002 : 12).

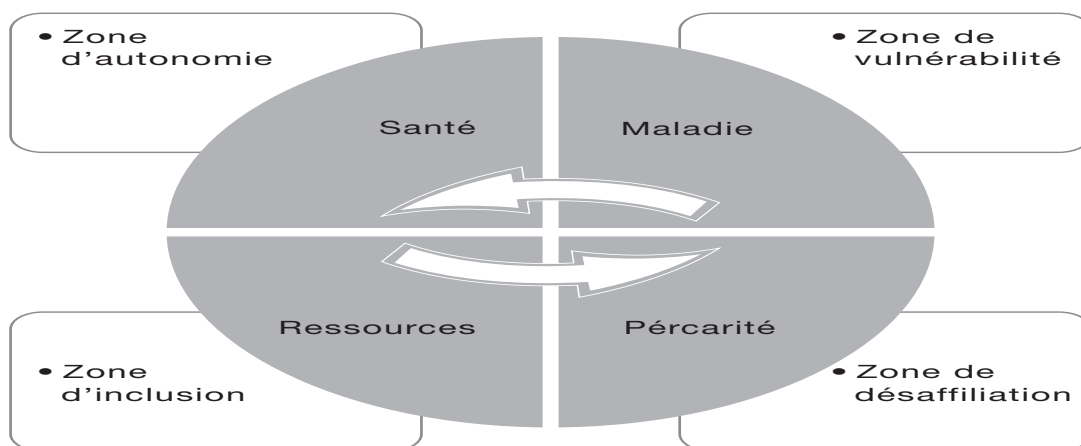
Sur les plans individuel et social, le passage vers la grande vieillesse dans un contexte de maladie peut être vécu difficilement et conduire à un processus de repli sur soi qui s'inscrit moins comme un choix que comme une résultante de l'évolution d'un état biopsychosocial et plus spécifiquement de la détérioration de leur santé (Cavilli et al., 2002). Ce mouvement de repli peut s'accompagner d'un isolement relationnel par « l'étiologie relative de leur réseau social, mais surtout par la diminution des activités sociales » (Cavilli et al., 2002 : 144). Ces situations sont susceptibles de créer, comme le rapport de Cavilli (2002)

l'indique, une désaffiliation. Les trajectoires souvent vécues sont faites de phases successives, elles « ... [débutent] généralement par une précarisation, une fragilisation, une "vulnérabilisation" pour aboutir à une exclusion, comprise comme une forme de sortie des cadres "normaux" de la vie en société. » (Racine, 2007 : 102). Cette exclusion est synonyme de mort sociale. Elle constitue une grave menace à la qualité de vie des personnes et plus particulièrement à leur autonomie, au maintien des liens sociaux et à la participation sociale.

Ennuyer (2009) fait un rapprochement étroit entre l'autonomie, le capital de la personne et les décisions individuelles. La figure 1 présentée en page suivante, à partir des facteurs que constituent santé/maladie et ressources/précarité (manque de ressources), met en lumière le « jeu » des conséquences possibles – autonomie/insertion par opposition à vulnérabilité/désaffiliation. Ces « conditions de possibilités », comme l'indique Martin (2007 : 225), sont reliées à « la réduction de l'écart entre aspirations et possibilités concrètes de choisir »; l'expression de ses préférences n'est pas également accessible à tout un chacun. Certaines personnes moins bien nanties, appartenant à des classes sociales moins privilégiées, composent avec de lourdes contraintes les obligeant à la restriction, réduisant du même coup le champ des possibles – les choix accessibles – et par le fait même, leurs aspirations.

Les interactions entre ces facteurs – santé/maladie et ressources/précarité – sont multiples, complexes et démontrent la diversité de trajectoires possibles selon les événements, le soutien offert et la situation socioéconomique de la personne. Les personnes âgées à faibles revenus sont plus à risque au « développement de maladies et à une mort prématurée que les nanties » (Lavoie et Guay, 2010 : 130).

Figure 1 : interactions entre les concepts santé/maladie et ressources/précarité



### 3. Autonomie, précarité et euthanasie

Comme nous l'avons dit précédemment, les variations interindividuelles dépendent des ressources propres à chacun et de la personnalité (Lalive d'Épinay et Spini, 2008). La vie quotidienne est bien différente selon chacun et varie en fonction des possibilités et des contraintes vécues et ressenties au quotidien dans l'exercice de son autonomie.

L'autonomie relèverait d'abord, selon Ennuyer (2009), de la position occupée sur l'échiquier social en fonction du « capital » de la personne : capital culturel, familial, financier et capital d'information... L'autonomie se définirait donc comme la combinaison de plusieurs dimensions qui contribueraient à exercer un certain pouvoir sur sa vie et sur son environnement. De manière plus précise, l'autonomie renvoie à la capacité d'accomplir ce que l'on a décidé; elle désigne la liberté de choisir, de décider du sens qu'on donnera à sa vie, de s'autodéterminer et des choix qui s'ensuivent. Elle implique donc la responsabilité de ses choix et de ses actions. La capacité qui sous-tend cette liberté est complexe et se décline en une diversité de « fonctions » au sein des activités humaines et selon l'exigence des contextes. On peut en évoquer diverses composantes : physiques, rationnelles et affectives, voire morales ou sociales. Elle s'actualise ou s'exerce dans des choix qui, inscrits dans l'espace et dans le temps, ne peuvent échapper totalement à des déterminants divers : santé, ressources personnelles,

ressources économiques, réseau d'aide et de soutien, environnement physique. L'autonomie – et la qualité de sa vie – varie, entre autres, selon les ressources et les mesures de soutien dont dispose la personne. Comme le rapporte Paugam (2007 : 21), « la protection sociale est devenue très inégale selon les salariés... ». Les inégalités persistent et croissent, entre les genres, entre riches et pauvres (Beck, 2002, cité par Martin, 2007 : 224).

Ce détour sur les conséquences possibles de la maladie sur l'autonomie démontre le jeu des répercussions possibles sur la qualité de vie des personnes. Certaines d'entre elles se retrouvent dans des conditions de vie difficiles et précaires par manque de ressources.

Or, par crainte de créer une pression ou un préjudice sur ces personnes fragilisées – les personnes âgées malades, celles avec de lourds handicaps ou encore celles souffrant d'un problème de santé mentale persistant et sévère – dont les contraintes pèsent lourds et les « conditions de possibilités » sont minces –, l'adoption d'une posture prudente sur la décision d'ouvrir à la légalisation de l'euthanasie est de mise. Pour quelles raisons?

Deux motifs principaux sont évoqués :

- (1) la pression qui pourrait s'exercer subtilement par les politiques de l'État et les discours dominants sur les plus fragilisées;
- (2) l'élargissement des balises initiales.

Comme le fait valoir Jourdre (2007), la légalisation de l'euthanasie pourrait avoir

une incidence sur les personnes dépendantes. L'auteur soulève des questions fort pertinentes, susceptibles d'interpeller la personne malade au pronostic défavorable ou encore souffrant d'une maladie chronique :

« [...] est-il digne de vouloir vivre devenu très dépendant (dans la "déchéance" de "couches" de ne plus pouvoir manger seul, de n'être plus audible, de divaguer plus ou moins...)? Est-il digne de coûter aux budgets sociaux quand "de toute façon" on mourra bientôt, quand "de toute façon" on n'a pas de famille? Est-il digne au fond de ne pas alors souhaiter mourir et même avant l'heure? » (Jourden, 2007 : 45).

Ferry parle de « dérives possibles » (2010 :13) et de la « réponse apportée » en cas d'appel à l'aide (2010 : 25); un doute persiste pour l'auteur redoutant les partisans d'une fin rapide. Les Pays-Bas, où l'euthanasie a été légalisée en 2002, ont peu à peu modifié leurs critères initiaux, ouvrant la porte à d'autres diagnostics; « des médecins ont pratiqué l'euthanasie sur des nouveau-nés, des personnes avec des problèmes de santé mentale, et des personnes âgées atteintes de problèmes cognitifs » (Boivin, 2010 : s.p.).

À la légalisation de l'euthanasie, Boivin (2010 : s.p.), médecin et candidate au doctorat au Scientific Institute for Quality of Healthcare, rapporte des risques sérieux en prenant exemple sur l'expérience des Pays-Bas où les balises juridiques en place ne sont pas respectées dans un cas d'euthanasie sur cinq. Les craintes de Boivin sont également partagées par Marcoux (2010 : s.p.), professeur en psychologie, dont le témoignage a été entendu en auditions publiques dans le cadre du mandat sur la question du droit de mourir dans la dignité, mentionnant une forte réserve à la légalisation à la suite de la déréglementation constatée aux Pays-Bas :

« ... c'est sur l'allègement des critères d'accessibilité de l'euthanasie. Donc, juste aux Pays-Bas, de conditions de fin de vie et de souffrances physiques à la base, on est parti de ça pour réglementer les pratiques d'euthanasie, on est passé après à une ouverture à des souffrances psychologiques... et pas nécessairement une condition de fin de vie. Il faut être atteint d'une maladie, mais pas nécessairement de fin de vie. Et aujourd'hui, il y a un gros débat pour que soit considéré le fait d'avoir des souffrances morales sans nécessairement

avoir une condition physique... je dis que la question qu'il faut se poser, ce n'est pas nécessairement sur l'abus envers les personnes vulnérables, mais sur les conditions qui risquent de s'élargir à travers le temps, parce qu'on va toujours exclure des gens ».

Selon Marcoux (2010), dans cette perspective, limiter l'autodétermination, le droit à l'euthanasie, signifie protéger les plus vulnérables. Nootens (2010) se range du côté de Marcoux (2010 : s.p.) et cet énoncé tiré de son audition en commission traduit les risques évoqués :

« Dans notre société libérale, aucun droit n'est absolu, même le droit fondamental qu'est la liberté. L'intérêt commun justifie donc l'imposition de limites, dans la mesure où l'exercice d'une liberté risque d'entraîner un préjudice pour les personnes les plus vulnérables, en l'occurrence d'autres personnes en perte d'autonomie, d'autres personnes très malades ».

Il convient ici d'apporter une nuance sur ces propos. Norwood (2010) fait état aux Pays-Bas de certaines caractéristiques pouvant exclure le patient lors de la discussion pré-euthanasie. En effet, même si des souffrances insupportables d'origine psychologique sont techniquement admissibles, selon la loi aux Pays-Bas, les « huisarten »<sup>2</sup> préfèrent ne pas poursuivre la démarche, mal à l'aise avec des cas qui ne sont pas en phase terminale et dont les trajectoires en déclin sont incertaines. Norwood (2010) explique que ce mouvement néerlandais « pro-euthanasie » vient de la frustration des médecins en regard de l'allongement de la vie des patients au prix de la qualité de vie. Tandis qu'aux États-Unis, le mouvement a pris racine sur le droit du patient face au médecin et au système médical. On peut souligner qu'il s'agit d'une nette distinction.

Mais faut-il se doter d'une loi pour juger des cas extrêmes ou faudrait-il appliquer la justice avec plus de discernement (Houziaux, 2004)?

Houziaux (2004 : 51) se range du côté du comité consultatif national d'éthique en France qui demande que la loi prévoie « une exception d'euthanasie », devenant ici une mesure d'exception devant la déchéance et l'agonie.

En somme, les opinions sont partagées au sujet de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Certains évoquent le droit à l'autodétermination et d'autres, l'élargissement des balises, la déréglementation, qui conduisent à ouvrir la voie à de nouveaux diagnostics, à de nouvelles demandes qui ne relèvent pas de soins palliatifs et donc à créer et induire des pressions insidieuses sur certaines catégories de population.

Pour Jonas (1996), l'euthanasie est exclue par le médecin, pour préserver son intégrité, il opte plutôt pour que cesse l'usage des moyens extraordinaires; « non seulement ces moyens exceptionnels peuvent être arrêtés, mais il faut qu'ils le soient – pour l'amour du patient, auquel on *doit* permettre de mourir... Ce droit à la mémoire posthume » (Jonas, 1996 : 63).

Selon une étude menée aux États-Unis auprès de 988 patients en phase terminale, 50 % des personnes qui envisageaient l'euthanasie ont changé d'idée quelques semaines plus tard (Boivin, 2010 : s.p.). La plupart du temps, le malade qui demande à mourir souhaite ne plus souffrir (Ferry, 2010). Cette idée rejoint Norwood (2010 : 95) établissant un parallèle étroit entre la liberté et la contrainte en rapportant que les gens rencontrés aux Pays-Bas n'exprimaient pas un désir de mourir, mais négociaient en quelque sorte leur limite – évaluant la qualité de leur vie, ce qu'il en reste, pour parfois mieux poursuivre et apprécier ou mettre un terme : « [ils] traçaient plutôt des lignes dans le sable... mais invariablement, quand ils approchaient de cette ligne dans le sable, ils assumaient cette nouvelle limitation et traçaient une autre ligne dans le sable pour vivre un jour de plus ». Le fait d'exercer ici un certain contrôle sur sa vie permettrait une forme de pouvoir sur celle-ci. Demeurer sujet de sa vie dans la relation de soins s'exerce à partir d'un réel dialogue avec le soignant, reposant sur une relation de confiance et une responsabilité partagée. Malheureusement, l'aspect relationnel et dialogique constitue bien souvent un espace négligé au profit de soins plus techniques.

#### 4. La médecine et ses finalités...

Le droit de mourir s'inscrit dans un contexte de développement technique qui permet à la médecine de prolonger la vie, sans nécessairement améliorer l'état de santé de la personne et parfois au prix d'une grande souffrance (Norwood, 2010). Améliorer et prolonger le plus longtemps possible la vie, tel est le fondement de la médecine du grand âge. La gériatrie et la gérontologie sont devenues, comme le souligne Lafontaine (2008 : 132) « des piliers des politiques de régulation et de contrôle des populations âgées. » La difficulté des médecins à doser les traitements en fin de vie demeure un enjeu de la médecine dans cette recherche de l'équilibre des soins à dispenser (Nordam, Venke et Förde, 2003). Deux extrêmes sont répertoriés, de la non-intervention à la négligence et, à l'antithèse, au contrôle absolu des décisions et des orientations (Collopy, 1988).

Les questions relatives aux traitements en fin de vie se regroupent autour du concept d'autonomie, et particulièrement du consentement et de l'aptitude. L'autonomie du patient constitue une source de conflit dans l'application des soins planifiés (Sayers et al., 2001). Un refus de traitement ou des comportements adoptés par la personne âgée susceptible de nuire à sa santé éveillent parfois chez les intervenants des soupçons sur sa capacité décisionnelle : « Une évaluation gérontopsychiatrique est souvent nécessaire pour se rassurer quant à l'aptitude de la personne âgée à prendre des décisions qui mettent en jeu sa santé et sa sécurité » (Dalpé, Lacombe et Lalonde, 1997 : 781). Le défaut de consentement, comme le rapporte Boitte (2006), constitue une pratique plus courante chez les personnes avancées en âge que chez d'autres malades. Pour certains, soignants ou proches, la personne âgée demeure incapable de donner un avis, alors les autres décident à sa place. (Richard, 1999, cité par Boitte, 2006). Ne pas savoir ce que souhaite réellement la personne soulève bien des questions; aussi est-il important d'impliquer la personne âgée dans la décision (Laudy, 2008), parce qu'après tout, il s'agit bien de sa vie à elle.

Il convient ici de remettre en question la dynamique de l'expert-soignant et de donner à la relation de soins tout l'espace possible à la personne âgée pour qu'elle se définisse comme sujet de sa vie.

La valeur que l'univers du biomédical – de la médecine – accorde à la santé mérite d'être revisitée pour intégrer les différentes dimensions de la condition humaine : acceptation de la finitude humaine, surtout en regard du vieillissement, de la maladie et de la mort; rappel des besoins humains et non lutte acharnée pour la survie (Doucet, 1996). La médecine doit atteindre, dans sa finalité, le respect de la vie et de la personne et ne peut s'actualiser qu'à partir d'un cadre sociétal reconnaissant ses limites et les limites de la vie. Comme nous le laisse entendre Cadoré (1994), le défi consiste à établir les orientations de l'action biomédicale qui permettront à l'humanité d'avancer au mieux sur la route du progrès des connaissances scientifiques dans le domaine du vivant. Une pratique responsable exige que la médecine redéfinisse et réoriente ses objectifs sur la personne et sur la qualité de vie.

Les personnes âgées ne sont pas différentes des autres, elles accordent une valeur importante à l'autonomie et à l'autodétermination (Grenier, soumis; Daatland, Guberman, Lavoie, Lowestein et Lysne, 2006). Lorsque fragilisée, la personne en perte d'autonomie a besoin d'un soutien pour relever les défis de l'existence. Les individus, les contextes, les structures et les politiques sont des déterminants à l'exercice de l'autonomie, contribuant ou facilitant sa mise en œuvre.

## 5. L'importance du financement des soins à domicile

Actuellement, la question du financement – ou l'absence de financement suffisant pour les soins à domicile de longue durée –, pourtant largement discutée depuis plusieurs années, est récurrente. Le financement de l'État, relié au vieillissement de la population, soulève de nombreuses questions en matière de responsabilité, notamment sur les mesures de soutien. La rationalisation des services compromet la qualité et la sécurité du maintien à domicile. Plusieurs personnes ne peuvent vivre à domicile comme elles le

souhaiteraient (Guberman, 2009). Paugam (2007 : 964) souligne combien les attentes à l'égard de la famille sont élevées, particulièrement face à la vieillesse et à la prise en charge, afin d'alléger les dépenses publiques. Mais, faut-il le rappeler, cette aide des familles n'est pas systématique. Faute de soutien, des femmes (surtout) en perte d'autonomie doivent recourir à l'institution (Charpentier et Billette, 2010).

Comme le fait remarquer Ennuyer (2009 : 1), bien que les gouvernements confirment la priorité du maintien à domicile, rester chez soi demeure impossible pour un grand nombre d'individus par l'insuffisance de « moyens humains et financiers ». Les travailleurs sociaux qui œuvrent dans ce domaine savent à quel point l'accessibilité des services et des soins peut faire toute la différence concernant la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et de leur réseau d'aidants naturels. Leur insuffisance se traduit par un fardeau accru pour ceux-ci et par un risque que la personne aidée veuille soulager ses siens en envisageant une fin plus rapide de ses jours.

## Conclusion

La question de l'euthanasie et du suicide assisté n'est pas simple. Aux Pays-Bas, l'euthanasie s'inscrit dans un « discours enchâssé dans la pratique culturelle et historique » (Norwood, 2010 : 69). Au Québec, le débat demeure relativement nouveau, même si l'on sait que cette pratique existe (Comte-Sponville, 2004). Les valeurs d'autodétermination, de dignité, de dépendance, de qualité de vie et d'accès aux soins jalonnent les discours présentés par les tenants et les opposants lors des débats de la Commission *mourir dans la dignité*. Le débat doit se poursuivre, il reste beaucoup à dire et surtout à faire.

Au-delà de la commission, nous savons d'expérience les menaces et les conséquences de la maladie ou de la grande vieillesse – la solitude, l'ennui et l'isolement – auxquels nous sommes tous exposés... La mort sociale arrive trop souvent bien avant la mort physique.

La reconnaissance de l'autre, peu importe son âge, son statut, son origine, constitue un

enjeu central de cette réflexion. Le souci de l'autre, de sa dignité à titre de personne humaine requiert certaines attentions, certaines attitudes et une volonté d'agir. L'effritement des liens sociaux en fin de vie exige de repenser les solidarités, les modes de soutien, l'aide effective. Pour faire un réel travail social d'accompagnement et « pas seulement un travail de "prise en charge", plus ou moins financé selon le niveau de dépendance » (Charlot, 2009 : 6), le travail social doit se donner les moyens de faire évoluer les choses. La justice, l'autonomie, la dignité humaine, la qualité de vie sont au nombre des engagements du travail social. Sa contribution pour une pleine reconnaissance de la personne âgée et de ses droits s'inscrit comme un défi et une priorité des prochaines années.

La qualité de vie se construit avec autrui et « passe par la lutte contre toute forme d'abandon » (Laudy, 2008 : 16). Demeurer dans le *monde*, participer à la vie, trouver un sens à son existence et maintenir des liens jusqu'à la fin, c'est aussi ça la vie...

#### **Descripteurs :**

Euthanasie - Aspect moral // Personnes âgées dépendantes // Vieillesse de la population - Québec (Province) // Autonomie (Psychologie) // Services aux personnes âgées // Concept de santé

Euthanasia - Moral and ethical aspects // Frail elderly // Population aging - Quebec (Province) // Autonomy (Psychology) // Aged - Services for

## Notes

1 (s.d.) : sans date.

2 Norwood (2010 : 158) explique le rôle d'un huisarten et la nature unique du rôle médecin-patient. Ces médecins travaillent dans des bureaux situés dans leurs voisinages et interviennent à domicile pour la discussion pré-euthanasie. Norwood distingue bien le rôle de ces médecins des praticiens généraux néerlandais et américains, entre autres en ce qui a trait à la notion de pouvoir partagé.

## Références

- Bélaïr-Cirino, M. (2010). « Le système de santé menacé par un "tsunami gris" ». Dans *LE DEVOIR.COM, Actualité en société*. Extrait du site le 20 octobre 2010 : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/294823/le-systeme-de-sante-menace-par-un-tsunami-gris>.
- Boitte, P. (2006). Le vieillissement, chance d'une médecine à la recherche de ses finalités, *Éthique et santé*, 3 (1), 26-34.
- Boivin, A. (2010). « Euthanasie : des risques majeurs ». Dans *Opinions*. Extrait du site Cyberpress.ca le 4 novembre 2010 : <http://www.cyberpresse.ca/opinions/201009/30/01-4328343-euthanasie-des-risques-majeurs.php>.
- Cadoré, B. (1994). *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Louvain-la-Neuve : Artel; Montréal : Fides.
- Carbonnelle, S. (2010). Introduction. Du vieillissement de la population aux multiples formes du vieillir, dans S. Carbonnelle (dir.). *Penser les vieilles. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge* : 7-18. Paris : Seli Arslan.
- Cavalli, S., Bickel, J.-F., et Lalive d'Épinay, C. (2002). Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion? Une analyse longitudinale, *Gérontologie et société*, 3 (102) : 137-151.
- Charlot, V. (2009). *Bien vieillir aujourd'hui... se préparer pour demain*. Consulté en ligne le 21 janvier 2011 : <http://www.iefsante.com/pdf/bientraitance09/CHARLOT.pdf>.
- Charpentier, M., et Billette, V. (2010). Conjuguer « vieillir » au féminin pluriel, dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* : 55-72. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long term care: Some crucial distinctions, *The Gerontologist*, 28, 10-17.
- Comte-Sponville, A. (2004). Aimer la vie jusqu'au bout, dans Houziaux, A. (éd.). *Doit-on légaliser l'euthanasie?* 25-55. Paris : Les éditions de l'Atelier.
- Daatland, S. O., Lavoie, J. P., Guberman, N., Lowestein, A., et Lysne, L. (2006). *Prendre soin d'un proche âgé : une obligation familiale?* Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CSSS Cavendish, Centre affilié universitaire : Les cahiers de recherche du CREGÉS.
- Dalpé, L., Lacombe, G., et Lalonde, L. (1997). Problèmes sociaux, dans M. Arcand et R. Hébert (Eds). *Précis pratique de gériatrie* (2<sup>e</sup> éd.) : 773-783. Saint-Hyacinthe et Québec : Edisem/Maloine.
- Des Aulniers, L. (2010). Débat sur l'euthanasie – La culture de la mort. Dans *LE DEVOIR.COM, Actualités en société*. Extrait du site le 15 octobre 2010 : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/296112/debat-sur-l-euthanasie-la-culture-de-la-mort>.
- Doucet, H. (1996). *Au pays de la bioéthique*. Genève : Labor et Fidès.
- Elias, N. (2002). *La solitude des mourants*. Coll. Agora. Paris : Pocket.
- Ennuyer, B. (1997). L'objet « Personnes âgées », Être vieux, *Série Mutations*, 124. Paris : Éditions Autrement.
- Ennuyer, B. (2009). Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile? *Gérontologie et société*, 131, 63-79.
- Ferry, L. (2010). Pour ou contre l'euthanasie, dans L. Ferry et A. Kahn. *Faut-il légaliser l'euthanasie?* 12-29. Paris : Odile Jacob.
- Grenier, J. (2009). Regards d'âinés sur les services et soins de santé : questions et enjeux de justice et de responsabilité, *Éthique publique*, 10 (2), 28-36.
- Grenier, J. (soumis). Regards d'âinés sur le vieillissement : autonomie et solidarité, *Nouvelles pratiques sociales*.
- Guberman, N. (2009). L'accès des personnes âinées aux soins de santé, *Quoi de neuf*, 31 (5), 17-21.
- Houziaux, A. (2004). Introduction, dans A. Houziaux (éd.). *Doit-on légaliser l'euthanasie?* 9-10. Paris : Les éditions de l'Atelier.
- Jonas, H. (1996). *Le droit de mourir*. Paris : Éditions Payot et Rivages.
- Jourdren, A. (2007). Changer non les lois mais les pratiques pour permettre de mourir bien, *Éthique et Santé*, 4 (1), 44-46.

- Kettani, A. (2011). Vieillir dans la dignité – La CSN veut contribuer à la qualité des services et des soins pour l'ensemble de la société. L'offre de services pour les personnes âgées manque de cohérence. Entrevue avec Denise Boucher. Dans *LE DEVOIR.com, Actualités en société*. Extrait du site le 14 octobre 2010 : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/323244/vieillir-dans-la-dignite-la-csn-veut-contribuer-a-la-qualite-des-services-et-des-soins-pour-l-ensemble-de-la-societe>.
- Lafontaine, C. (2008). *La société post-mortelle*. Paris : Éd. du Seuil.
- Lalive d'Épinay, C., et Spini, D. (2008). Un nouveau domaine de recherche, dans C. Lalive d'Épinay et D. Spini (dir.). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans : 9-44*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Laudy, D. (2008). Les enjeux éthiques du vieillissement : autonomie, solitude ou sollicitude?, *Éthique publique*, 10 (2), 9-18.
- Lavoie, J.-P., et Guay, D., Gilbert, N., et Parisien, M. (2010). Vieillir en santé? Des inégalités persistantes, dans M. Charpentier, G. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* : 115-134. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Marcoux, I. (entrevue), Assemblée nationale du Québec (2010). « Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux ». Travaux parlementaires. *Site de la commission*. Extrait du Journal des débats du mardi 16 février 2010, 41 (27) le 13 janvier 2011 : [http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-39-1/journal-debats/CSSS-100216.html#\\_Toc263750784](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-39-1/journal-debats/CSSS-100216.html#_Toc263750784).
- Martin, C. (2007). Le souci de l'autre dans une société d'individus. Un débat savant et politique à l'échelle européenne, dans S. Paugam (dir.). *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales* : 219-240. Paris : PUF.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Politiques en soins palliatifs*. Québec : Publications du Québec.
- Mort sociale (sans date). *Dossier mort sociale*. Extrait du site de l'Encyclopédie sur la mort en partenariat avec l'encyclopédie de l'agora le 28 janvier 2011 : [http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Dossiers/Mort\\_sociale](http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Dossiers/Mort_sociale).
- Nootens, S. (entrevue). Assemblée nationale du Québec (2010). « Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux ». Travaux parlementaires. *Site de la commission*. Extrait du Journal des débats du mardi 16 février 2010, 41 (27) le 13 janvier 2011 : [http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-39-1/journal-debats/CSSS-100216.html#\\_Toc263750784](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-39-1/journal-debats/CSSS-100216.html#_Toc263750784).
- Nordam, A., Venke, S., & Förde, R. (2003). Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians, *Nursings ethics*, 10 (4), 388-403.
- Norwood, F. (2010). *Mourir, un acte de vie. Prévenir la mort sociale par la discussion pré-euthanasie et les soins de fin de vie*. Québec : PUL.
- Paugam, S. (2007). Introduction. Les fondements de la solidarité, dans S. Paugam (dir.). *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales* : 5-28. Paris : PUF.
- Pitaud, P., et Redonet, M. (2010). Solitude de l'âge et solitudes des âges, dans P. Pitaud (dir.). *Solitude et isolement des personnes âgées* (2<sup>e</sup> Éd.) : 26-76. Toulouse : Érès.
- Racine, S. (2007). Un tour d'horizon de l'exclusion, *Service social*, 53 (1), 91-108.
- Sayers, G. M., Barratt, D., Gothard, C., Onnie, C., Perera, S., & Schulman, D. (2001). The value of taking an ethics history, *Journal of Medical Ethics*, 27, 114-117.
- Trincas, J., et Puijalón, B. (2004). Les injonctions paradoxales : de la difficulté d'être vieux : Vieillir en France, *Lendemain*, 29 (116), 78-92.
- Villeneuve, J. (2007). « État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie ». Dans Québec, Conseil des aînés. Extrait le 10 octobre 2009 : [http://www.aepc.qc.ca/CDA\\_rap\\_milieux-vie-perte-autonomie.pdf](http://www.aepc.qc.ca/CDA_rap_milieux-vie-perte-autonomie.pdf).

# Impacts de la création des CSSS<sup>1</sup> sur les pratiques psychosociales dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

par

*René Lachapelle*, M.S.s., doctorant en service social

Université Laval

Professionnel de recherche

Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Courriel : rene.lachapelle@uqo.ca

*Sébastien Savard*, Ph. D.

Professeur agrégé

École de Service social

Université d'Ottawa

*Danielle Maltais*, Ph. D.

Professeure titulaire

Département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

*Marielle Tremblay*, Ph. D.

Professeure titulaire

Département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

*Denis Bourque*, Ph. D., T.S.

Professeur titulaire

Département de travail social

Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Les lois 25 et 83 ont modifié substantiellement le régime québécois de santé et de services sociaux. Le préambule de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Assemblée nationale du Québec, 2003) précise que celle-ci vise une organisation de services intégrés, accessibles et facilitant « le cheminement de toute personne dans le réseau ». La coordination d'un réseau local de services (RLS) est confiée à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) créé par la fusion du ou des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'hôpital d'un territoire local. Les CSSS ont une responsabilité populationnelle et doivent définir un projet clinique et organisationnel pour les neuf programmes clientèles définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004b et c). Le MSSS encadre ces projets cliniques en établissant des principes de hiérarchisation et de standardisation des pratiques (idem). La loi 83 (Assemblée nationale du Québec, 2004) a par ailleurs pérennisé les agences régionales de la santé et des services sociaux et leur a confié la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés.

La recherche a voulu vérifier l'impact de la création des CSSS sur les rapports de partenariat avec les organismes communautaires de même que sur les pratiques psychosociales dans les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Le présent article porte essentiellement sur ce second volet de la recherche. Les principes de la réforme peuvent constituer une contrainte pour l'intervention sociale en la soumettant à des protocoles et des pratiques en provenance du champ de la santé et notamment nuire à l'accent mis sur le contact humain des pratiques psychosociales. Pour vérifier comment la création des CSSS influe sur les pratiques psychosociales, nous avons retenu le programme PALV parce qu'il est majeur dans les CSSS,

Results of a study in 4 CSSS (Montreal and Saguenay regions) that demonstrates the impact of the CSSS creation on services to vulnerable seniors (interventions, management and access to services).

Résultats d'une recherche menée dans 4 CSSS (régions de Montréal et du Saguenay) montrant l'impact de la création des CSSS sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (type d'intervention, type de gestion, accès aux soins).

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 35-45.

touchant tant les services des CLSC, des centres d'hébergement et des hôpitaux que de nombreux organismes communautaires.

L'article présente brièvement la méthodologie de la recherche, puis aborde la transformation en cours des pratiques psychosociales dans les services aux personnes en PALV. Il fait état d'un changement du cadre de pratique dans les CSSS regroupant plusieurs territoires de CLSC, d'un virage vers la gestion de cas au détriment des interventions de proximité, de l'inclusion des intervenantes sociales dans des équipes multidisciplinaires et de l'affaiblissement de l'encadrement professionnel. Ces impacts soulèvent la question d'une transformation du travail social dans les programmes de PALV, notamment sous l'influence de la nouvelle gestion publique.

### Méthodologie de la recherche

La recherche fait suite à une revue de littérature sur les effets des regroupements d'établissements de santé (Richard et al., 2005; Ferlie, Hartley et Martin, 2003; Fondation canadienne de la

recherche sur les services de santé, 2002; Gaumer et Fleury, 2007). Elle s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994a et b, 1999) qui convient bien lorsque l'on cherche à comprendre une réalité dans un contexte en pleine transformation. Elle a été menée dans quatre CSSS : deux dans la région de Montréal et deux dans la sous-région du Saguenay. Ces CSSS présentent des différences significatives, notamment parce que ceux de la région de Montréal regroupent plusieurs territoires de CLSC, ce qui n'est pas le cas au Saguenay, mais aussi parce que les démarches de création ont été différentes comme en fait foi le tableau 1 qui présente un aperçu synoptique des caractéristiques des quatre établissements étudiés. En 2006, durant les toutes premières années du regroupement des établissements en CSSS, nous avons entrepris une recherche documentaire sur ces processus (Bourque et Lachapelle, 2009a et b; Leclerc, Corneau et Tremblay, 2009; Corneau, Leclerc et Tremblay, 2009).

En 2008, nous avons réalisé 49 entrevues semi-dirigées afin d'explorer comment cette création

**Tableau 1 – Profil sommaire des CSSS étudiés**

	Région de Montréal		Sous-région du Saguenay	
	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4
Décision de regroupement	À la suite de la loi 25 en 2004	À la suite de la loi 25 en 2004	Volontaire il y a 10 ans	À la suite de la loi 25 en 2004 Loi 25
Territoires de CLSC	3	3	1	1
CHSLD	5	7	2	1
Hôpital	Non	Plus de 200 lits	Moins de 50 lits	Plus de 400 lits
Personnel	Plus de 3 000	3 800	500	3 500
Services en PALV	Deux directions : • milieu naturel  • hébergement	Deux directions : • dans la communauté • hébergement	Direction unifiée	Trois directions différentes jusqu'à la direction unifiée créée en 2008
Définition du projet clinique en PALV	• élaboration participative* • mise en place participative	• élaboration institutionnelle* • mise en place participative	• élaboration participative • mise en œuvre institutionnelle	• élaboration institutionnelle • mise en œuvre participative

\* Dans ce tableau, nous utilisons le terme « participative » pour désigner les démarches d'élaboration ou de mise en œuvre réalisées avec la contribution de représentants du personnel et des partenaires et le terme « institutionnelle » pour les démarches menées par les seuls gestionnaires. Le rapport de recherche (Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay et Maltais, 2010) fournit plus de précisions sur ces appellations.

a été vécue par les intervenantes et intervenants – gestionnaires, intervenantes sociales<sup>2</sup> et organisateurs communautaires – et par les partenaires du milieu communautaire et de l'économie sociale. Le choix d'entrevues semi-dirigées convient particulièrement bien à la recherche sur les pratiques de professionnels à qui « l'on reconnaît [...] la capacité de s'exprimer utilement sur le sujet proposé » (Mayer et Ouellet, 1991 : 315). Cette méthode permet d'aborder l'ensemble des questions de la recherche tout en se laissant « diriger par la spontanéité de son interlocuteur » (Michelat, cité par Mayer et Ouellet, 1991 : 315). Le tableau 2 présente la répartition des répondants.

Les transcriptions verbatim des entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Mayer et Ouellet, 1991 : 473) à l'aide du logiciel N'Vivo en fonction des catégories définies dans le projet de recherche et reprises dans le guide d'entrevue. Les intervenantes sociales ont été invitées à s'exprimer sur les changements survenus depuis la création du CSSS dans la description de leurs tâches, leur autonomie professionnelle, l'encadrement administratif, la supervision clinique, leurs relations avec les autres intervenants du programme PALV et l'organisation de leur travail. Les praticiennes et praticiens de l'intervention psychosociale rencontrés pour ces entrevues devaient détenir un baccalauréat en travail social. Les 28 entrevues réalisées auprès de gestionnaires et d'intervenantes sociales du programme PALV constituent la base du présent article.

### Premiers constats quant à l'impact de la création des CSSS sur les pratiques psychosociales

Le programme PALV est bien défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux selon des orientations établies avant la mise en place des CSSS (MSSS, 2003 et 2004a). La politique de soutien à domicile prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle est fondée sur la reconnaissance des proches aidants et de la famille proche et s'articule autour de trois orientations : personnaliser les services, établir un partage clair des responsabilités et rallier les acteurs à la stratégie nationale de soutien à domicile. C'est sur cette base que repose le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005) qui guide l'administration et la mise en place de l'architecture des services aux personnes en PALV. Ces processus de structuration relèvent des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de chacune des régions du Québec, lesquelles, à leur tour, délèguent la mise en place et le fonctionnement des services aux différents CSSS de leur territoire. Les projets cliniques des CSSS étudiés répondent tous aux orientations et aux priorités mentionnées dans les documents du MSSS (MSSS, 2004d et e) et ont été élaborés avec les outils établis par l'ASSS de leur région.

Les résultats de recherche démontrent que la création des CSSS a entraîné des changements de structures et de tâches. Cependant, au

**Tableau 2 – Répartition des entrevues réalisées**

	Gestionnaires	Intervenantes sociales	Organisateurs communautaires	Milieu communautaire et économie sociale	Total
CSSS 1	5	3	2	3	13
CSSS 2	6	2	2	4	14
<i>Montréal</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>7</i>	<i>27</i>
CSSS 3	3	2	1	4	10
CSSS 4	4	3	1	4	12
<i>Saguenay</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>22</i>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>49</b>

moment des entrevues, la majorité des personnes rencontrées, gestionnaires comme intervenantes, considèrent que les interventions psychosociales auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) n'avaient pas nécessairement été modifiées. Les changements notés sont attribués avant tout aux directives ministérielles survenues peu avant ou en même temps que la création des CSSS. Quant aux projets cliniques, leur mise en œuvre était encore en phase initiale et peu d'intervenantes leur attribuaient un impact direct sur les pratiques sur le terrain. Ces premières affirmations sont toutefois nuancées par l'ensemble des entrevues qui mettent en évidence dans les deux régions des changements significatifs dont les effets sont souvent plus appréhendés que vérifiés, mais qui sont néanmoins bien réels.

La transformation de l'offre de services psychosociaux aux personnes en PALV a débuté avant la création des CSSS par une série de mesures introduites dans la nouvelle structure de services : le recours à l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC), l'adoption du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) et la gestion de cas. Ces mesures faisaient partie des orientations ministérielles avant la création des CSSS (MSSS, 2003), tout comme la volonté de privatiser l'hébergement en créant des ressources intermédiaires pour alléger les charges du réseau public. La création des CSSS constitue un changement susceptible d'accélérer cette transformation dans le cadre de la mise en place d'un continuum institutionnel de services, de la première ligne jusqu'à l'hébergement en passant par les soins de courte durée.

### **Changements du cadre de la pratique professionnelle à Montréal**

À Montréal, le contexte d'intervention est modifié du fait du regroupement de plusieurs CLSC et d'une volonté de l'ASSS de susciter la création de ressources intermédiaires.

La transformation de l'organisation territoriale faisant suite au regroupement des établissements suscite des tensions entre la volonté des établissements d'harmoniser les services sur un nouveau territoire de référence et les caractéristiques des territoires de CLSC. Cette situation

ne se vérifie pas au Saguenay où il n'y a pas eu de modification du territoire desservi. Les directions montréalaises sont préoccupées d'équilibrer l'offre de services entre les territoires fusionnés, comme le précise un gestionnaire, « pour essayer de répartir les ressources le mieux possible ». En regroupant plusieurs CLSC aux pratiques diversifiées et des centres d'hébergement apparaissent en effet des disparités territoriales que l'administration souhaite réduire : pour certains il y aura gain de ressources, pour d'autres, perte mais, pour tous, des façons de faire sont à changer. Pour les intervenantes sociales concernées, cette volonté d'« harmoniser les choses » se fait au détriment des communautés et sans tenir compte des écarts sociaux qui les distinguent. Elles associent la responsabilité populationnelle à la réponse aux besoins des personnes en PALV de leur communauté, ce qui constitue une lecture divergente de celle des gestionnaires pour lesquels la responsabilité populationnelle entraîne une obligation d'égalité d'accès aux services.

Le second changement significatif dans le cadre de pratique montréalais, c'est la création de ressources intermédiaires qui entraîne le sentiment d'une détérioration de la qualité des services en comparaison des standards des centres d'hébergement publics. Cette situation impose aux intervenantes sociales une gestion de risques dans la mesure où la mise en place de ces ressources ne suit pas le rythme des besoins qu'entraînent les choix de l'ASSS de Montréal. Celle-ci a en effet décidé, à l'été 2008, de réduire de 2 000 lits l'offre de services en hébergement et de relever de 2,5 à 3,5 heures par jour la durée de soins requise comme seuil d'admission dans les centres d'hébergement. Le problème, confirme un gestionnaire, c'est que « les ressources non institutionnelles ne se développent pas au même rythme que l'accès à l'hébergement diminue ». De plus, ce changement survient dans un contexte où l'on dessert « une clientèle qui s'alourdit énormément » de telle sorte que les intervenantes sociales estiment être « confrontées à une gestion de risques à domicile qu'on n'avait pas autrefois ». Cette situation favorise le recours à des pratiques de contournement des contraintes, comme cette intervenante qui a dit utiliser la

mesure de désengorgement des urgences (MDU) pour obtenir de l'hébergement pour des personnes présentant des risques élevés en milieu naturel et qui ne répondent pas aux normes de l'ASSS. Les personnes souffrant de pertes cognitives atteignant difficilement la cote nécessaire pour qu'on leur donne accès à un centre d'hébergement (3,5 h de services par jour), on les fait transiter par les urgences hospitalières. La MDU s'applique alors, fournissant les moyens requis pour faire ce qui était impossible directement.

La privatisation passe aussi par le recours aux agences privées de personnel pour l'aide domestique et les soins infirmiers du fait du manque de personnel pour assurer l'ensemble des services requis au maintien à domicile. Cette situation est aussi perçue comme une perte majeure de qualité des services par les intervenantes et comme un carcan par les gestionnaires. Toutes les entrevues de la région de Montréal convergent à cet égard.

### **La gestion de cas**

Dans les deux régions, le passage à la gestion de cas est vécu comme une transformation significative. Les intervenantes sociales ne rencontrent plus l'ensemble des personnes âgées présentant une demande de soutien, mais uniquement celles qui se trouvent en situation de PALV. L'approche des services intégrés et hiérarchisés qui caractérise les CSSS dans leur définition juridique même passe par la gestion des cas de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). On ne parle plus ici d'un programme pour la population âgée, mais d'un programme clientèle axé sur l'organisation des services. Cette réalité modifie forcément la tâche des intervenantes.

Les gestionnaires se sont davantage appropriés ces orientations de changement et en perçoivent mieux les avancées. Ils tiennent un discours assez cohérent sur le changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux, le travail social va changer en ce qui concerne le type de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement des cas à desservir. La gestion de cas, la réponse aux impératifs du vieillissement et l'approche populationnelle entraînent une révision du travail social qui fait passer au second plan, dans l'organisation du

travail des établissements, la relation psychosociale avec les personnes en PALV que plusieurs intervenantes sociales estiment être le trait distinctif de leur pratique professionnelle.

Les entrevues ont démontré qu'il existe une tension entre la définition du terme « clinique » par les cadres et celle que lui donnent les intervenantes sociales. Les premiers estiment que la gestion de cas est une pratique essentiellement clinique, les secondes que le vrai travail clinique réside dans la relation personnalisée avec les personnes en besoin de services. Ce sont, comme le dit un gestionnaire, des « cliniciennes » qui se sentent mieux quand elles sont à domicile alors qu'on leur demande plutôt d'agir comme intervenantes pivots, ce qui entraîne une réduction du temps passé avec les personnes âgées dans le besoin et une perte de satisfaction au travail. On peut relier à ce genre de situation le résultat de l'enquête de l'OPTSQ qui met en évidence le fait que 54 % des répondants cochent « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (Larivière, 2007 : 9). Les tâches reliées à la gestion de cas sont perçues par les intervenantes sociales d'expérience comme une bureaucratisation : il y a « beaucoup de paperasses » à remplir, les interventions se font par téléphone, bref la relation professionnelle est atteinte; « 60 % de démarches à partir de mon bureau et 40 % de visites », affirme une intervenante sociale.

Les gestionnaires sont conscients que, pour les intervenantes sociales, ce changement entraîne un deuil même si, de leur point de vue, la gestion de cas est bel et bien une intervention clinique. Pour eux, le terme clinique s'applique à la responsabilité populationnelle donc à la dimension organisationnelle de la réforme en cours, tandis que les intervenantes sociales comprennent l'approche populationnelle comme une attention portée sur les facteurs sociaux qui exercent une influence sur le vécu des personnes en PALV. Au fond, deux définitions de l'intervention clinique s'affrontent : les travailleurs sociaux l'identifient à l'intervention psychosociale et les gestionnaires l'étendent à la gestion de cas. Les CSSS apparaissent comme des milieux favorables à ces nouvelles orientations. Leur création a, en quelque sorte, accéléré la mise en œuvre de mesures destinées à gérer les effets du vieillissement de la popula-

tion sur les services de santé et les services sociaux selon les principes de la nouvelle gestion publique (Dupuis et Farinas, 2009; Giaque et Caron, 2004; Larivière, 2005; Merrien, 1999; Visscher et Varone, 2004).

Les entrevues ont cependant fait ressortir des perceptions différentes au Saguenay et à Montréal. Au Saguenay, on semble considérer la gestion de cas comme une marque de confiance faite aux intervenantes sociales dans la mesure où elle les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge, tandis qu'à Montréal, les intervenantes sociales et les gestionnaires y voient soit une perte d'intervention clinique, soit un changement bouleversant de définition de leur intervention professionnelle.

C'est dans une perspective de gestion que, sur l'ensemble des territoires, s'ajoutent à l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) le recours au profil gériatrique de type ISO-SMAF et une reddition de comptes nettement plus serrée, notamment en matière de statistiques d'intervention, de même qu'une nécessaire gestion des urgences. Cet alourdissement entraîne un sentiment de perte de contrôle de l'organisation de leur travail, que certaines compensent par des listes d'attente officieuses ou des méthodes de contournement des règles administratives. Il y a unanimité des gestionnaires et des intervenantes sociales pour parler d'un alourdissement administratif comparativement à la situation qui prévalait dans les services aux personnes âgées dans les CLSC. Mais, selon un cadre, il n'est pas certain que cela soit « dû à la fusion seulement » puisque l'introduction de nouveaux modes d'intervention est aussi une réponse au « phénomène de société » qu'est le vieillissement de la population. Ce point de vue est partagé par une minorité des intervenantes sociales que nous avons interviewées. La taille des CSSS ne favorise pas l'établissement de réseaux interpersonnels facilitant les communications et ce fait conditionne l'évaluation que font les intervenantes des contraintes de gestion. Un élément important soulevé par la majorité des personnes rencontrées est l'augmentation des tâches administratives qui a un impact direct sur la réduction du temps consacré à l'intervention auprès des personnes en PALV : on intervient en situation d'urgence et

on augmente les interventions téléphoniques alors que les besoins croissants obligeront au contraire les intervenantes sociales à se déplacer beaucoup plus à domicile.

### L'interdisciplinarité

Plus important, le passage d'équipes disciplinaires à des équipes interdisciplinaires touche directement l'action professionnelle et fait en sorte que les intervenantes sociales qui constituent le groupe professionnel le plus important en nombre assument la part la plus significative du passage à la gestion de cas. Cet état de fait est conforme à la politique prévoyant que la coordination des services soit confiée au « professionnel le plus significatif » de l'équipe de soutien à domicile du CLSC (MSSS, 2003 : 22). Les intervenantes sociales se retrouvent donc souvent seules pour prendre et assumer des décisions importantes qui risquent d'avoir des répercussions tant pour l'établissement que pour la clientèle. Le recours à la consultation dans les processus de modification de l'organisation des services facilite le changement, sans toutefois venir à bout de la méfiance des intervenantes sociales d'expérience pour qui ces changements génèrent de l'insécurité professionnelle. Dans l'enquête de l'OPTSQ, 46 % des répondants ont affirmé que « le travail d'équipe [était] insatisfaisant » (Larivière, 2007 : 9). L'interdisciplinarité n'évite pas les chocs dans l'organisation du travail ni les manifestations de territorialité professionnelle, notamment entre les intervenantes sociales provenant des CLSC et le personnel hospitalier, parmi lequel certains ont le sentiment « qu'on leur vole leur travail ». Une intervenante sociale fait mention que de telles tensions ont entraîné un appel au syndicat au même titre que s'il s'était agi de protéger un poste.

Si les intervenantes sociales montréalaises rencontrées font état d'un brouillage des limites entre les actes professionnels, d'une perte du contact direct avec les personnes en PALV et d'interventions de service direct en urgence, celles du Saguenay soulignent le déplacement des décisions vers l'hôpital et le passage de services destinés à une population âgée sur un territoire de CLSC à un programme pour la clientèle en PALV du CSSS. Pour les gestionnaires comme pour les intervenantes, la culture a changé et est devenue plus *hospitalocentrique*.

Au quotidien, l'approche populationnelle renvoie plus à une visée de régulation des services qu'au discours officiel voulant qu'il s'agisse d'une visée communautaire d'ajustement des services aux caractéristiques de la population d'un territoire (AQESS, 2004). En pratique, on met le milieu à contribution pour alléger une charge qui s'alourdit en raison des effets du vieillissement de la population sur l'hôpital et sur les ressources d'hébergement.

### Un affaiblissement de l'encadrement

Au moment de l'enquête, l'un des effets les plus perceptibles de la création des CSSS concernait l'encadrement. Dans les deux régions, les intervenantes sociales déplorent la mobilité des cadres d'un poste à l'autre dans le CSSS, mais aussi leurs fréquents déplacements entre les sites de services. Le mouvement de personnel engendré par les départs à la retraite de plusieurs gestionnaires a suscité incertitude et inquiétude. D'abord, parce que plusieurs nouveaux gestionnaires provenant soit du milieu hospitalier soit des CHSLD n'avaient pas travaillé avec des intervenantes sociales et ne connaissaient ni la culture de travail en CLSC ni les pratiques de soutien à domicile. De plus, leurs déplacements entre les sites de services entraînent des absences à des moments où les intervenantes sociales auraient besoin de leur soutien. La possibilité de rencontrer le supérieur immédiat fait souvent défaut lorsque surviennent des situations complexes sur le plan éthique ou qui exigent une décision rapide, comme c'est le cas des personnes en perte cognitive exigeant des mesures de prévention.

En même temps, ce défaut de présence entraîne pour les gestionnaires une méconnaissance des personnes en PALV à desservir puisque l'information en provenance du terrain leur arrive moins directement. Cette situation peut constituer une occasion d'autonomisation des intervenantes sociales, mais elle est plutôt perçue comme une carence de soutien professionnel.

Le rapport d'évaluation du MSSS sur cet enjeu (2009 et 2010) confirme nos observations. On peut en effet y lire que « les nombreux "changements de chaise", les fonctions assumées de façon intérimaire, mais surtout la faible disponibilité des gestionnaires ont soulevé et soulèvent

toujours un vent d'inquiétude » (MSSS, 2010 : 48). Rejoignant les appréhensions exprimées par les intervenantes sociales dans nos entrevues, les évaluateurs ont constaté « certaines craintes [...] quant aux changements apportés au nouveau modèle d'encadrement, notamment l'assurance d'une supervision clinique adéquate » (idem : 50).

Le climat de démobilisation qui en résulte affecte en retour le personnel-cadre comme le décrit très bien le rapport :

« Les gestionnaires se sont impliqués de manière très étroite dans tout ce processus de changement et, malgré leur enthousiasme, l'essoufflement se fait sentir chez plusieurs d'entre eux. Cet état est largement attribué à la modification et à l'alourdissement de leurs tâches. En effet, depuis le début de la fusion, le personnel d'encadrement s'approprie un nouveau rôle, constate un surplus de tâches liées à la fusion administrative (révision des processus), entretient des liens plus soutenus avec les partenaires, observe une augmentation des démarches en termes de reddition de comptes et de contrôle de la qualité et s'ajuste aux aléas d'une gestion à distance qui s'accorde difficilement au plus grand soutien exigé de la part du personnel. » (idem : 93)

Plusieurs gestionnaires ont le sentiment que le type de reddition de comptes installé dans les CSSS les met en position d'être au service d'une bureaucratie administrative. Le poids de la gestion entraîne un affaiblissement du soutien professionnel qu'ils peuvent fournir. Il est frappant de constater que ces problèmes ne se vérifient pas dans le CSSS constitué sur la base d'un regroupement volontaire depuis déjà une dizaine d'années et dont la taille est plus petite que les trois autres que nous avons étudiés.

La désignation de coordonnatrices professionnelles et la consultation entre pairs pallient le déficit d'encadrement professionnel, mais elles ne suffisent pas lorsqu'il faut prendre des décisions qui requièrent l'aval de l'établissement. De plus, l'organisation en équipes interdisciplinaires crée une situation moins favorable au soutien mutuel entre pairs puisque la majorité des collègues rencontrés quotidiennement dans ces équipes ne pratique pas l'intervention sociale.

Ces constats sur l'effet de la création des CSSS en matière d'encadrement dans le programme

PALV rejoignent ceux d'une enquête menée en 2007 auprès de ses membres par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec sur l'impact de la création des CSSS (Larivière, 2007). L'analyse de l'ensemble des données de cette enquête indique que la création des CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang.

### **Une transformation du travail social**

Les transformations dans la définition et l'organisation du travail appelaient une gestion du changement qui semble avoir fait défaut. Le problème c'est l'absence d'une compréhension des transformations partagée par les gestionnaires et les intervenantes sociales, que ces transformations soient antérieures ou dues à la création des CSSS. Les gestionnaires ont une image plus positive du changement, estimant que la continuité des services y a gagné et qu'il existe une plus grande fluidité entre les équipes qui les dispensent, tandis que les intervenantes sociales sont, pour leur part, plutôt inquiètes, voire en deuil, à la suite de la transformation de leurs pratiques professionnelles. Elles vivent une perte alors que les gestionnaires les considèrent en position de résistance. Pour la plupart des intervenantes sociales rencontrées, l'élaboration des projets cliniques dans leur CSSS a manqué de transparence et a peu misé sur la participation du personnel. Cette observation correspond aux caractéristiques de la nouvelle gestion publique (NGP) qui privilégie l'efficacité administrative à la mobilisation des ressources humaines (Vischer et Varone, 2004). Cette transformation est par ailleurs de nature à générer des attitudes de résistance tout comme le fait de bousculer des pratiques qui ont une longue histoire.

On peut toutefois se demander si, au-delà des attitudes, il s'agit d'une redéfinition du travail social qui soulève des questions légitimes sur le plan professionnel. Est-ce que les fondements mêmes du travail social sont remis en cause quand on favorise le fait que les intervenantes ne sortent pas de leur bureau pour aller voir directement dans quel environnement vivent les personnes qu'elles soutiennent? La gestion des réseaux locaux de services schématise et standardise des pratiques qui, jusqu'à maintenant, s'ajustaient en fonction d'une fréquentation des milieux et de rapports directs avec les personnes âgées et les organismes communautaires.

Les changements en cours ne favorisent pas le sentiment d'une meilleure autonomie ni d'une reconnaissance du travail social. Estimant que l'on ne peut reconnaître leur travail sans le connaître, les intervenantes sociales de la région de Montréal n'ont pas le sentiment que leur situation professionnelle s'améliore. Le contentieux est persistant entre la santé, au sens médical du terme, et le social. Le fait d'être consulté sur l'organisation des services professionnels est souligné comme un indicateur de reconnaissance, mais les bouleversements sont aussi un message pour les intervenantes d'expérience que leurs pratiques ne sont pas celles que l'on désire développer. Les services intégrés et hiérarchisés laissent moins de marge de manœuvre.

On ne retrouve pas ce sentiment d'être bousculées dans leur identité professionnelle chez les intervenantes du CSSS de la sous-région du Saguenay créé depuis plusieurs années où les structures sont en place et les gestionnaires stables. Ces intervenantes sociales se disent plus autonomes dans leurs modèles d'intervention, une évaluation que l'on peut sans doute attribuer au fait que la stabilité est un gage de sécurité dans les décisions plus complexes qu'elles ont à prendre. Les attentes auxquelles elles doivent répondre sont connues. Plus largement, comme mentionné dans la section sur la gestion de cas, les intervenantes sociales du Saguenay considèrent comme une marque de confiance qu'on leur confie la gestion de cas. On peut se demander si cette différence de point de vue avec Montréal est aussi un effet de la stabilité du territoire d'intervention qui constitue un point de référence dans le changement. Cette hypothèse reste à vérifier.

### **Les effets de la nouvelle gestion publique sur les programmes PALV**

En ce qui concerne les services aux personnes en PALV, l'effet de la nouvelle gestion publique (NGP) se manifeste clairement dans le déplacement vers une logique de gestion. Cela se reflète dans les écarts de perception entre les gestionnaires et les intervenantes tant dans la définition du terme clinique (gestion de cas/soutien psychosocial) que dans la signification accordée au projet clinique (outil de continuité des services/planification administrative). Les outils permettant d'établir des

mesures d'efficience comme l'OEMC et ISO-SMAF sont perçus par les premiers comme une occasion d'atteindre les objectifs affichés de la réforme (accessibilité, continuité et qualité des services) et, par les seconds, comme une charge bureaucratique grevant le temps de disponibilité pour les personnes en PALV.

Le fait que les intervenantes sociales du Saguenay considèrent la gestion de cas comme une marque de confiance dans la mesure où cette forme de gestion les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge souligne l'aspect positif de la NGP. La gestion de cas montre que la réforme peut s'ouvrir à une responsabilité populationnelle et professionnelle valorisante pour les intervenantes sociales. Au moins une entrevue avec une jeune intervenante sociale à Montréal va dans le même sens. Y a-t-il un effet de génération dans le malaise observé ? La question que soulève la recherche est de savoir si la mise en œuvre de cette responsabilité à l'égard d'une population locale franchira l'écueil de la bureaucratisation sur lequel elle semble se buter actuellement du point de vue de la majorité des intervenantes sociales, ou bien si la volonté de contrôle d'interventions de plus en plus standardisées et programmées va réduire les marges de manœuvre des intervenantes sociales des CSSS.

## Conclusion

Les résultats de la recherche invitent à suivre l'évolution des pratiques de travail social dans un contexte où la gestion de cas est en voie de s'imposer comme le mode privilégié d'intervention professionnelle auprès d'une population en PALV. Cette approche menace-t-elle la portée psychosociale de l'intervention avec les personnes âgées ? Ou au contraire constitue-t-elle une nouvelle façon d'intervenir en assurant des services qui permettent aux personnes de demeurer dans leur milieu « d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (L.R.Q. chapitre S-4.2, article 1) ? Il y a un déplacement de perspectives dans la conception de l'intervention clinique. D'un côté, on l'associe aux pratiques psychosociales comportant une large part de relations de proximité avec les personnes âgées. De l'autre, on l'étend à la gestion de cas et à l'accompagnement de clientèles en regard de

l'accès administratif aux services. Il y a là un enjeu qui ne concerne pas seulement la satisfaction professionnelle des intervenantes sociales, mais qui rejoint la conception même de l'intervention individuelle en travail social professionnel. Il serait intéressant de voir si la transformation observée dans le programme PALV est aussi vécue dans les pratiques de travail social en santé mentale ou en petite enfance – famille-jeunesse dans le cadre des réseaux locaux de services. Sans mettre en doute que la gestion de cas, comme la gestion de programmes, fasse partie du champ du travail social, les nouvelles attentes à l'égard des intervenantes sociales ne peuvent manquer d'avoir des conséquences sur leur formation et, probablement aussi, sur une spécialisation plus poussée de leurs pratiques et sur leurs possibilités de mobilité entre les divers programmes-clientèles.

## Descripteurs :

Centre de santé et de services sociaux (CSSS) // Personnes âgées dépendantes - Soins médicaux - Québec (Province) // Soins intégrés de santé - Québec (Province) // Personnes âgées - Logement - Québec (Province) - Montréal // Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (Programmes gouvernementaux)

Frail elderly - Medical care - Quebec (Province) // Managed care plans (Medical care) - Quebec (Province) // Aged - Housing - Quebec (Province) - Montreal

## Notes

- 1 Subvention du CRSH no 410-2006-0859. On peut consulter le rapport de cette recherche sur le site de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (<http://www4.uqo.ca/crcoc/>): Denis Bourque, René Lachapelle, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et Danielle Maltais (2010), *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier 1004.
- 2 Nous utilisons le terme au féminin, considérant que la majorité des personnes pratiquant l'intervention psychosociale sont des femmes, ce qui se vérifie tant dans les établissements que dans notre échantillon.

## Références

- Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi no 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Publications du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2004). *Projet de loi no 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Publications du Québec.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2004). *Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle*.
- Bourque, D., et Lachapelle, R. (2009a). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS Jeanne-Mance. *CRCOC cahier 903*, juin.
- Bourque, D., et Lachapelle, R. (2009b). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS du Sud-Ouest-Verdun. *CRCOC cahier 906*, juillet.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., et Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO, Cahier 1004. <http://www4.uqo.ca/CRCOC/Fichiers/cahier1004.pdf>.
- Corneau, S., Leclerc, M.-J., et Tremblay, S. (2009). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS de Chicoutimi. *CRCOC cahier 904*, juin.
- Dupuis, A., et Farinas, L. (2009). Une critique des modes *managérialistes* dans la gestion des organisations de services humains de santé et de services sociaux, *Cahier de recherche du Cergo*. ÉNAP – Téluc.
- Ferlie, E., Hartley, J., & Martin, S. (2003). Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects, *British Journal of Management*, 14, Supplement 1, December, S1-S14.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Canadian Health Services Research Foundation (2002). *À bas les mythes. Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut*. Ottawa : FCRSS-CHSRF.
- Gaumer, B., et Fleury, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique, dans *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Giaque, D., et Caron, D. J. (2004). Réformes administratives et gestion des ressources humaines : comparaison de la Suisse et du Canada, *Revue Internationale de Politique Comparée*, II (2), 225-240.
- Larivière, C. (2005). *Les choix de l'État québécois, Comprendre les enjeux de la nouvelle gestion publique*, Le Réseau Conseil interdisciplinaire du Québec, 5 (1), juin, 3-6.
- Larivière, C. (2007). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*. Université de Montréal et Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Leclerc, M.-J., Corneau, S., et Tremblay, S. (2009). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS Cléophas-Claveau, *CRCOG cahier 905*, septembre.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques – RIAC*, 41, printemps, 95-103.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix, la politique de soutien à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c). *L'intégration des services de santé et de services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Consulté le 17 mai 2007, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004d). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Québec, octobre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004e). *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne*. Rapport final. Faits saillants, Direction de l'évaluation, octobre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec, mai.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., Fournier, J., et Dumont-Lemasson, M. (2005). *Enjeux de la configuration des centres de santé et de services sociaux : recension des écrits*. Université du Québec à Chicoutimi, GRIR.
- Visscher, Ch. de, et Varone, F. (2004). La nouvelle gestion publique en action, *Revue Internationale de Politique Comparée*, II (2), 177-185.
- Yin, R. K. (1994a). *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (1994b). Discovering the Future of the Case Study. Method in Evaluation Research, *American Journal of Evaluation*, 15, 283-290.
- Yin, R. K. (1999). Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research, *Health Serv Res*, 34 (5Pt2), 1209-1224.

# Le Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec : quelle correspondance avec la réalité de la pratique?

## Articles hors thématique

par

Daniel Turcotte<sup>1</sup>, Ph. D., T.S.

École de service social

Université Laval

Courriel : daniel.turcotte@svs.ulaval.ca

Definitions of competence concept and overview of the professional qualifications of social workers according to the Core Competencies document produced by their professional order. Results of a 2009 survey of recent members of the association on the qualifications used in their practice.

Définitions de la notion de compétence et aperçu des compétences professionnelles des travailleurs sociaux selon le référentiel de l'Ordre. Résultats d'une enquête auprès de membres de l'Ordre sur les compétences utilisées dans leur pratique professionnelle (2009).

Depuis plusieurs années, les compétences qu'exige une pratique responsable du travail social et, en prolongement, la formation qui doit être donnée aux futurs professionnels font l'objet de discussions. Déjà, lors des états généraux sur la profession, tenus à la fin des années 1990, plusieurs acteurs avaient souligné la nécessité de « sérieusement se pencher sur les éléments de compétence incontournables à la pratique des travailleurs sociaux au 21<sup>e</sup> siècle » (OPTSQ, 1999 : 14). Depuis la réalisation de cette importante remise en question, plusieurs actions en ce sens ont été réalisées, dont la publication en 2006 par l'OPTSQ d'un *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. L'adoption en 2009 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*

dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines est venue relancer les débats sur le sujet en assignant à certaines professions, de façon exclusive ou partagée, un certain nombre d'actes professionnels. Cette loi reconnaît aux professionnels du travail social la capacité de procéder à des évaluations dans différents contextes (application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, garde d'enfants et de droits d'accès, adoption, régimes de protection du majeur ou mandat d'inaptitude, besoin de services de réadaptation en petite enfance), de déterminer un plan d'intervention pour des jeunes en difficulté d'adaptation qui sont hébergés et de décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement.

En présentant les résultats d'une enquête effectuée en 2009 auprès de membres récemment admis à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, ce texte veut contribuer à la réflexion sur les compétences requises pour un exercice responsable et efficace du travail social. Il n'a pas la prétention de tracer un profil exhaustif des exigences de la pratique; il vise simplement à alimenter les échanges sur la préparation à l'intervention professionnelle en travail social. Son contenu est structuré en deux sections. La première établit quelques éléments de contexte en soulignant d'abord le caractère multiforme du travail social, pour aborder ensuite succinctement la notion de compétence et son application dans le domaine du travail social. La deuxième section présente la démarche et les résultats d'une enquête réalisée auprès de membres de l'Ordre sur les compétences qu'ils et elles utilisent dans leur pratique professionnelle.

### 1. Le travail social : une profession aux contours imprécis

Tous les auteurs s'entendent pour reconnaître que le travail social est une discipline dont il est difficile de cerner les contours (Colby et Dziegielewski, 2010; O'Hare, 2009; Cnaan et Dichter, 2008). Le travail social est exercé dans

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 46-61.

de multiples contextes organisationnels, s'adresse à des populations très variées et poursuit des objectifs qui peuvent aller de l'accompagnement d'une personne vers la mort au développement économique d'une communauté. C'est une profession qui s'appuie sur un large éventail de connaissances provenant de diverses disciplines et dont les actions sont guidées par des valeurs humanitaires de bien-être et de développement social. Il s'agit donc d'une profession complexe aux composantes multiples (Gilbar, Ben-Zur et Gil, 2003).

Cette particularité pose un défi particulier lorsqu'il s'agit de déterminer les connaissances, les attitudes et les habiletés techniques qui sont nécessaires pour exercer cette profession de façon adéquate (Galambos et Greene, 2006; Austin, 1986). D'autant plus qu'en étant défini comme un art et une science, le travail social exige souplesse et adaptation dans l'utilisation des connaissances scientifiques. Ce qui conduit Colby et Dziewielewski (2010) à affirmer que les travailleurs les mieux préparés sont ceux qui reconnaissent les multiples facettes du processus d'aide et qui sont outillés pour agir sur différents niveaux de systèmes.

« The best-prepared social workers are those who recognize the importance of helping as a multifaceted process and who can easily move between micro-, mezzo-, and macrosystems with and on behalf of the client populations they serve (Colby et Dziewielewski, 2010 : 13). »

Depuis les débuts de la profession, la formation à l'exercice du travail social a été structurée en fonction de paramètres de contenu et de durée. Essentiellement, pour former un professionnel compétent, il s'agit de lui proposer un éventail de connaissances judicieusement sélectionnées auxquelles il est exposé pendant une certaine période de temps. Cette conception de la formation a donné lieu à travers l'histoire du travail social à de nombreuses discussions sur l'importance relative de la formation pratique et de la formation théorique (Rocher, 1960), sur l'influence respective des universités et des milieux de pratique sur la définition du contenu de la formation (Poulin, 1951) et sur la durée minimale requise pour acquérir une formation adéquate (Morgan, 1951; RUFUTSQ, 1993).

Depuis quelques années, un modèle alternatif se profile à l'horizon; celui de la formation axée

sur le développement de compétences. Pour des auteurs comme Curl, Tompkins, Rosen et Zlotnik (2010), en définissant les compétences que doivent posséder ses membres, une profession fournit les paramètres pour guider le développement du curriculum de formation, pour orienter la formation en cours d'emploi et pour structurer la pratique. Il existe cependant des tensions entre une conception de la pratique axée sur des compétences spécifiques et une vision qui privilégie la maîtrise d'un ensemble de connaissances générales qui sont transférables à différents contextes. Pour le professionnel du travail social, il est tout aussi nécessaire de faire preuve de pensée réflexive et d'analyse critique que de faire la démonstration de la maîtrise de connaissances et d'habiletés techniques (Crisp et Lister, 2002). Malgré ces réserves, dans les discussions actuelles sur la préparation à l'exercice d'une profession, la notion de compétence apparaît de plus en plus centrale même s'il s'agit, ou peut-être parce qu'il s'agit, d'un concept large et englobant qui est employé dans une multitude de sens (Tardif, 2003).

## 2. À propos de la notion de compétence

La majorité des auteurs aborde la notion de compétence en mettant l'accent sur le comportement, sur l'agir. Pour Perrenoud (2000 : 9), « une compétence est la faculté de mobiliser un ensemble de ressources cognitives (savoirs, capacités, informations, etc.) pour faire face avec pertinence et efficacité à une famille de situations ». Dans le même sens, Lanier (2001 : 30) définit une compétence comme « un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités, d'habiletés (...) et de connaissances (...) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun ». Blondin (2002) ajoute aux composantes d'actions celle du jugement. Pour lui, une compétence correspond à un savoir juger et à un savoir agir qui rendent capable de faire face à une famille de tâches et de situations, en mobilisant des notions, des connaissances, des informations, des procédures, des méthodes et des techniques. La compétence est donc la possession d'un ensemble de connaissances, d'habiletés et d'attitudes mises à contribution pour une action efficace dans un contexte spécifique (Hackett, 2001).

Dans le cas de la pratique professionnelle, outre les aspects techniques et comportementaux, la compétence fait également référence à l'adhésion à un ensemble de valeurs qui sont véhiculées par la profession et qui orientent les actions en fonction de ce qui est jugé important, significatif et adéquat (Galambos et Greene, 2006; Patterson, Curtis et Reid, 2008). Cela implique donc la capacité de traduire les connaissances, les techniques et les habiletés acquises en un ensemble de comportements qui correspondent à une action professionnelle efficace et conforme aux principes éthiques.

« To be competent certainly requires (...) the knowledge, skills, and attitudes (...) But as noted above, that is not enough. In addition, [professionals] must be able to translate the knowledge, skills, and attitudes they possess into a set of complex behaviors that result in the delivery of high-quality (...) care (Whitcomb, 2002 : 359). »

Ces considérations soulignent l'étendue et la diversité des compétences auxquelles fait appel une profession comme le travail social qui exige non seulement des connaissances théoriques sur les réalités sociales, mais également la maîtrise d'un ensemble d'habiletés techniques et procédurales adaptées aux différents milieux de pratique, ainsi que la capacité de prendre des décisions en fonction des valeurs véhiculées par la profession. Ainsi, la détermination des compétences vise à assurer que les professionnels soient préparés adéquatement à l'exercice de leur profession de façon à répondre aux attentes du public (Bogo, Regehr, Hughes, Power et Gioberman, 2002).

### 3. L'identification des compétences en travail social

Dans toutes les disciplines professionnelles qui sont axées sur l'action, la détermination de compétences applicables à différents contextes et à différentes situations représente un défi. Le travail social n'est donc pas dans une situation unique à cet égard. Cependant, la très grande diversité du travail social en ce qui a trait aux contextes de pratique, aux méthodes d'intervention et aux problèmes sociaux auxquels sont confrontés les professionnels lui confère un caractère singulier.

Carraccio, Wolfsthal, Englander, Ferentz et Martin (2002) énumèrent différentes techniques

qui peuvent être utilisées pour déterminer les compétences requises pour l'exercice d'une profession : la consultation d'experts, les échanges de groupe, l'analyse de tâches fondée sur la description précise des différentes activités réalisées par un professionnel dans ses fonctions, l'analyse d'incidents critiques dans laquelle des professionnels qualifiés décrivent des situations qui illustrent une pratique efficace ou inadéquate et l'enquête auprès des professionnels. Plusieurs de ces techniques se retrouvent dans les études qui se sont penchées sur la détermination des compétences en travail social. Les travaux sur le sujet font appel à différentes méthodes de collecte des données, lesquelles sont parfois utilisées en combinaison, notamment : la recension des écrits (Damron-Rodriguez, Lawrance, Barnett et Siommons, 2006), le panel d'experts (Fortune, Lee et Cavazos, 2007), l'entrevue de groupe auprès de clients ou d'intervenants (Patterson et al., 2008; Damron-Rodriguez et al., 2006; Dustin, 2006; Fortune et al., 2007) et l'enquête par questionnaire auprès de professionnels (Allen-Meares et Dupper, 1998; Pearson, Wong et Kit-Mui, 2007; Galambos et Greene, 2006; Zebrac, Walsh, Burg, Maramaldi et Lim, 2008). Ces différents travaux ont débouché sur la détermination de compétences qui, dans certains cas, ont été structurées sous forme d'inventaire. Le *Problem Based Skills Learning Inventory* (Pearson et al., 2007) et le *Knowledges, Skills and Abilities for Practice* (Allen-Meares et Dupper, 1998) en sont deux exemples.

Au Québec, ces dernières années, l'OTSTCFQ a procédé à la détermination des compétences nécessaires à l'exercice de la profession du travail social. Ce travail a été conduit selon une démarche qui s'apparente au panel d'experts. Ainsi, dans la foulée des états généraux de la profession de 1998, un premier document, le *Référentiel de formation des travailleurs sociaux*, a été rédigé par le comité de la formation de l'Ordre en 2005. Il a ensuite fait l'objet de « deux étapes de consultation. La première auprès des unités de formation en travail social, puis la seconde auprès des milieux de formation, des milieux de pratique, des comités de l'Ordre et d'autres acteurs concernés » (OPTSQ, 2006 : 4). Cette démarche a débouché sur la production en 2006 du *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*.

Ce document, dans lequel la compétence est définie comme « la capacité démontrée par un individu d'accomplir une activité, une tâche ou un acte professionnel » (OPTSQ, 2006 : 4), en distingue deux types : les compétences personnelles « qui correspondent à des habiletés transposables (...) et des attitudes que l'on doit manifester dans l'exercice de la profession » et des compétences professionnelles « qui représentent le cœur de l'activité du travailleur social » (OPTSQ, 2006 : 4). Ces dernières se déclinent en 10 domaines de compétence qui se présentent ainsi :

1. Effectuer une évaluation psychosociale;
2. Planifier une intervention sociale;
3. Réaliser une intervention sociale;
4. Évaluer l'intervention sociale;
5. Établir des collaborations professionnelles;
6. Communiquer avec ses collègues, avec la personne visée et avec son entourage;
7. Appliquer les obligations inscrites au *Code de déontologie* et les principes éthiques pertinents aux situations rencontrées dans sa pratique;
8. Assurer son développement professionnel;
9. Encadrer une équipe de travail;
10. Contribuer à l'avancement de la profession et de la société.

Chacun de ces domaines de compétence se traduit par des composantes ou activités (110 au total) qui prennent appui sur des connaissances particulières et des compétences personnelles. En outre, chaque domaine comporte des critères de performance (OPTSQ, 2006). Dans chaque domaine, certaines activités sont considérées comme étant des éléments fondamentaux de la pratique. À titre d'illustration, voici le contenu du domaine de compétence « Évaluer l'intervention ». Ce domaine se traduit par six composantes importantes (ou activités) : (1) réviser la démarche effectuée (pertinence de ses interventions, des moyens choisis, etc.), (2) mesurer et interpréter les effets de l'intervention en sollicitant le point de vue de la personne visée et d'autres personnes impliquées si pertinent), (3) identifier des besoins non décelés au préalable ou non comblés par l'intervention, (4) procéder à l'élaboration d'un nouveau plan d'intervention,

s'il y a lieu, identifier des stratégies plus efficaces (selon des données probantes) touchant les différents niveaux : promotion, prévention, restauration (ou réadaptation), (5) formuler des recommandations concernant les politiques et les procédures de l'organisme ou de l'organisation des services, si pertinent. Cette dernière activité est considérée comme un élément fondamental de ce domaine de compétence qui fait appel à des connaissances approfondies et actualisées sur les méthodes d'évaluation des pratiques d'intervention et sur la formulation des recommandations tant au client qu'à l'organisation. En outre, il exige les compétences personnelles suivantes : adaptation au changement, analyse, jugement. Trois critères de performance sont mentionnés pour ce domaine de compétence : « Conformés aux normes de pratiques; En fonction du degré d'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus; Réorientés selon les conditions favorables au changement » (OPTSQ, 2006 : 8).

Tout en reconnaissant que tous les travailleurs sociaux n'utilisent pas l'ensemble de ces compétences dans leur pratique, ce référentiel suggère qu'ils devraient tous être en mesure de le faire. Bien que personne ne conteste l'intérêt de faire en sorte que les professionnels du travail social aient le plus large éventail possible de compétences, le choix des compétences requises pour l'exercice d'une profession est une décision lourde de conséquences. En effet, une fois ces compétences établies, il faut s'assurer que les programmes de formation en soutiennent l'acquisition et prévoir des mécanismes pour porter un jugement sur la maîtrise de ces compétences chez les personnes qui aspirent à la profession. L'obligation de s'assurer que l'accès à la profession est réservée à des professionnels ayant acquis les compétences requises pour exercer une pratique de qualité pose donc l'exigence de s'assurer du réalisme et de la pertinence des compétences exigées. Pour alimenter les réflexions sur ce sujet, nous nous sommes interrogés sur la correspondance entre les exigences précisées dans le *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* et la réalité quotidienne de la pratique des professionnels du travail social. Pour apporter un éclairage sur ce sujet, une enquête a été réalisée auprès de membres de l'Ordre afin d'établir dans quelle

mesure les activités mentionnées dans le référentiel de compétences correspondent à la réalité de leur pratique.

#### 4. La méthode de recherche

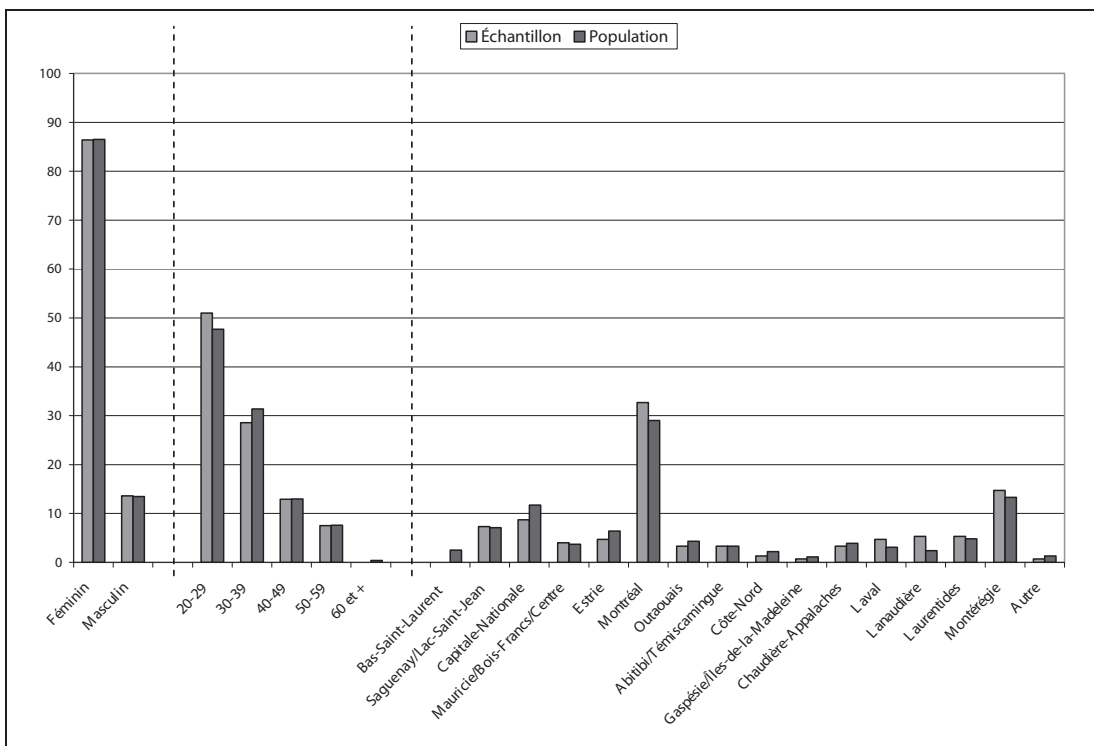
Bien que tous les membres inscrits comme travailleur social ou travailleuse sociale au tableau de l'Ordre (OTSTCFQ) auraient pu fournir des données pertinentes sur le sujet, pour des raisons de faisabilité, l'enquête a ciblé les membres inscrits depuis cinq ans ou moins. Comme l'évaluation des compétences comporte un enjeu particulier pour les professionnels en début de carrière, ce groupe a été privilégié, tout en sachant que l'adhésion à l'Ordre ne correspond pas nécessairement à l'entrée dans la carrière. Pour recruter les répondants, un message d'invitation à participer à l'enquête a été envoyé à tous les membres inscrits depuis cinq ans ou moins pour lesquels un courriel était disponible, soit 1033 personnes.

De ce nombre, 154 (15 %) ont rempli l'ensemble du questionnaire. Ce taux de réponse se compare aux taux obtenus dans d'autres études (soit entre 8 % et 11 %) s'appuyant sur une

collecte de données par Internet (Rice, Hwang, Abrefa-Gyanet et Powell, 2010; Dillman, Smyth et Melani-Christian, 2009). Le profil des répondants est assez semblable à celui de la population à l'étude en regard de l'âge, du sexe et de la région géographique : la grande majorité (86,4 %) est de sexe féminin et, au 30 juin 2009, est âgée de 22 à 59 ans, pour un âge moyen de 33,2 ans (é.-t. : 8,85). Pour ce qui est de la provenance régionale, si la région du Bas-Saint-Laurent est absente de l'échantillon, les autres régions sont représentées dans des proportions assez semblables à celle que l'on retrouve chez les personnes sollicitées. La similitude de l'échantillon de répondants avec la population à l'étude, qui est illustrée dans la figure 1, nous permet de croire que les réponses obtenues peuvent être considérées comme une indication intéressante de la situation des membres ayant adhéré à l'Ordre depuis cinq ans ou moins.

Les données fournies par les répondants indiquent que plus de huit sur dix (81,2 %) détiennent un baccalauréat comme diplôme le plus élevé en travail social alors que 18,8 % ont une maîtrise. Même si le questionnaire a

Figure 1 – Portrait comparé de l'échantillon et de la population.



été adressé à des personnes inscrites à l'Ordre depuis cinq ans ou moins, certaines d'entre elles comptent plusieurs années d'expérience professionnelle; en fait, 30 % ont plus de cinq années d'expérience et 12 %, plus de 10 ans. Comme le référentiel de compétences s'adresse à tous les professionnels du travail social, quel que soit leur contexte de travail, et comme l'étude visait à établir la concordance entre ce référentiel et la réalité de la pratique et non à faire un portrait différencié de la pratique selon les méthodes, les problématiques ou les contextes organisationnels, il n'a pas été jugé pertinent d'explorer le contexte de pratique des répondants dans le questionnaire. D'autant plus que le questionnaire était volumineux pour une collecte de données par Internet et que la grande diversité des situations dans lesquelles évoluent les travailleurs sociaux limite les possibilités d'analyse statistique avec un échantillon de petite taille. Nous avons donc décidé de limiter les informations sur les répondants à quatre variables utiles pour pouvoir établir des comparaisons avec l'ensemble de la population à l'étude : l'âge, les années d'expérience professionnelle, le diplôme et la région administrative.

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne placé sur le site de *SurveyMonkey* (<http://fr.surveymonkey.com>).

La question sous-jacente à cette enquête est la suivante : Dans quelle mesure, les activités mentionnées dans le *Référentiel de compétences* de l'OPTSQ correspondent-elles à la réalité de la pratique? Pour obtenir une réponse à cette question, les 110 activités mentionnées dans le référentiel de compétences, regroupées selon les domaines de compétence, étaient présentées aux répondants en les invitant à répondre à la question suivante : « Au cours de la dernière année, de façon générale, à quelle fréquence avez-vous réalisé les activités suivantes? ». Cinq choix de réponses étaient proposés : Tous les jours / Toutes les semaines / Tous les mois / Rarement-jamais / Ne s'applique pas. L'encadré qui suit illustre la présentation du questionnaire pour le domaine « Évaluer l'intervention sociale ».

Pour chaque activité, un score a été calculé en attribuant les valeurs suivantes aux différents choix de réponses : Tous les jours (4) – Toutes les semaines (3) – Tous les mois (2) – Rarement-Jamais (1) et Ne s'applique pas (0). Bien qu'elle comporte une part arbitraire, cette transformation des réponses en valeur numérique présente l'avantage de permettre une comparaison rapide entre les différents énoncés des domaines de compétence. La valeur 0 a été attribuée à la réponse « Ne s'applique pas », car cette réponse traduit en quelque sorte que

1. ÉVALUER L'INTERVENTION SOCIALE					
Au cours de la dernière année, de façon générale, à quelle fréquence avez-vous...	Tous les jours	Toutes les semaines	Tous les mois	Rarement-jamais	Ne s'applique pas
Réviser la démarche effectuée (pertinence de ses interventions, des moyens choisis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesurer et interpréter les effets de l'intervention en sollicitant le point de vue de la personne visée et d'autres personnes impliquées si pertinent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifier des besoins non décelés au préalable ou non comblés par l'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procéder à l'élaboration d'un nouveau plan d'intervention, s'il y a lieu, identifier des stratégies plus efficaces (selon des données probantes) touchant les différents niveaux : promotion, prévention, restauration (ou réadaptation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formuler des recommandations concernant les politiques et les procédures de l'organisme ou de l'organisation des services, si pertinent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

l'activité en question ne correspond pas à l'action professionnelle du répondant. Pour chaque activité, un score moyen a été calculé en fonction des réponses fournies par les répondants. Théoriquement, ce résultat pouvait varier entre 0 (Ne s'applique pas) et 4 (Tous les jours). Les résultats détaillés se retrouvent dans le tableau 1 présenté en pages suivantes.

## 5. Les résultats

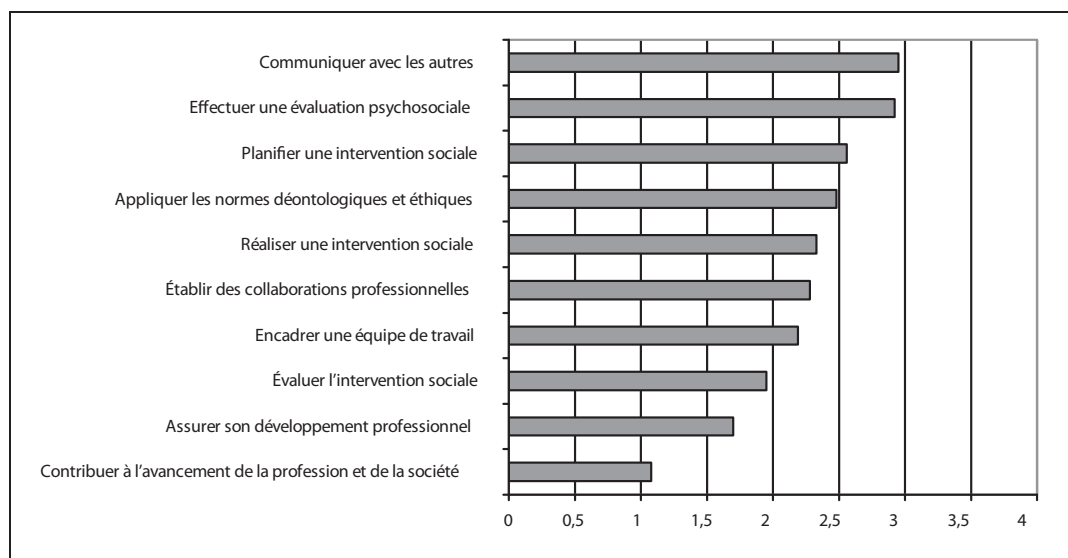
Dans une première analyse, un score moyen a été établi pour chaque domaine de compétence en combinant les réponses aux différentes activités de ce domaine. Bien que les activités d'un même domaine se présentent parfois à des fréquences très variables, ce calcul a l'intérêt d'illustrer la place relative des dix domaines de compétence dans la réalité quotidienne des répondants. Le résultat de cet exercice se retrouve à la figure 2. Il permet de constater que, pour les répondants, les activités orientées vers la communication et celles reliées à l'évaluation psychosociale se présentent avec la plus grande fréquence. À l'opposé, ce sont les activités axées sur l'évaluation de l'intervention, le développement professionnel et, encore plus nettement, celles orientées vers l'avancement de la profession et de la société qui sont les moins fréquentes.

L'examen du score moyen à chacun des domaines a été examiné en fonction de l'expérience professionnelle et du diplôme

des répondants. Les résultats n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat ou d'une maîtrise. Par ailleurs, l'expérience professionnelle est associée à une différence statistiquement significative [ $F(6) = 2,360; p = 0,033$ ] pour un seul domaine de compétence : « contribuer à l'avancement de la profession et de la société ». Sur ce plan, plus les professionnels sont expérimentés, plus ils sont appelés à réaliser les activités qui se rapportent à ce domaine; le score moyen passe de 0,75 pour ceux qui en sont à leur première année d'expérience professionnelle à 1,29 pour ceux ayant dix ans et plus d'expérience.

Ce portrait basé sur le score moyen pour chaque domaine de compétence a comme inconvénient d'occulter les différences parfois importantes qui existent entre les différentes activités à l'intérieur d'un même domaine de compétence. Il nous est donc apparu intéressant de procéder à un examen de la fréquence de chacune des activités. Cet examen s'appuie sur les résultats qui figurent dans le tableau 1.

**Figure 2 – Score moyen des activités se rapportant aux différents domaines de compétence.**



**Tableau 1 – RÉSULTATS AUX COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES TRAVAILLEUSES SOCIALES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX ÉNUMÉRÉES DANS LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE L'OPTSQ, (2006).**

COMPÉTENCES*	MOY.	E.T.
<b>EFFECTUER UNE ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE</b>	<b>2,91</b>	<b>0,72</b>
Engager la personne concernée	2,29	1,56
Recueillir et vérifier les données pertinentes portant sur le <b>fonctionnement social ou le développement social</b>	2,97	1,04
Analyser les données relatives à la situation en tenant compte des modes d'interaction et d'influence réciproques <b>entre la personne et son environnement</b> et en s'appuyant sur les connaissances théoriques et les pratiques pertinentes	3,09	0,91
Observer et interpréter les activités, les comportements et les situations	3,27	0,97
Réaliser /conduire une entrevue d'évaluation avec des objectifs précis	2,94	0,98
Décrire et classifier les problèmes	2,94	1,00
Utiliser des outils ou des instruments de mesure appropriés	2,45	1,13
Définir les problèmes	3,11	0,92
Évaluer l'urgence, les risques et le danger d'une situation	2,94	0,99
Identifier les ressources personnelles et celles du milieu	3,24	0,81
Identifier les liens entre la situation-problème et <b>les conditions de vie</b> avec une attention particulière aux questions <b>d'oppression et de discrimination</b>	2,49	1,16
Identifier les besoins, les droits humains reliés et les mesures de protection sociale qui en découlent	2,54	1,11
<b>Effectuer une analyse contextuelle de la problématique</b> (description et mise en perspective)	2,76	1,02
Examiner les demandes, les besoins et les intérêts en présence <b>en privilégiant la personne vulnérable</b> et sa perception de la situation	3,19	0,88
<b>Renseigner la personne visée au sujet des ressources existantes</b>	3,22	0,85
<b>Émettre une opinion professionnelle et des recommandations ou suggérer des pistes de solution</b>	3,25	0,79
<b>PLANIFIER UNE INTERVENTION SOCIALE</b>	<b>2,56</b>	<b>0,70</b>
<b>Identifier les changements ciblés au chapitre du fonctionnement social ou du développement social</b>	2,43	1,06
Convenir d'un plan de travail et d'un contrat développés à partir de la personne visée qui collabore étroitement au processus	2,36	0,99
Fixer des objectifs, des moyens, un échéancier	2,52	0,92
Choisir des méthodes et des modèles d'intervention reconnus et appropriés à la situation	2,81	1,00
Établir des stratégies d'intervention efficaces touchant différents niveaux : - Promotion - Prévention - Restauration (ou réadaptation)	2,57	1,09
<b>Stimuler la personne à déployer ses habiletés</b>	3,32	0,92
Sélectionner des critères et une méthodologie appropriés pour pouvoir évaluer son intervention	2,01	1,04
Choisir des comportements ou des événements qui serviront d'indicateurs	2,34	1,08
Orienter et représenter	2,72	1,05
<b>RÉALISER UNE INTERVENTION SOCIALE</b>	<b>2,33</b>	<b>0,56</b>
Mettre en œuvre les habiletés liées aux méthodes et aux modèles choisis	2,64	1,04
<b>Renforcer les liens entre la personne et son environnement</b>	3,06	0,88
<b>Favoriser la conscientisation, l'entraide et la réappropriation du pouvoir personnel et social</b>	3,19	0,83
<b>Promouvoir le processus de changement personnel et social</b>	3,18	0,88
<b>Dénoncer les injustices</b>	2,08	1,04
Réaliser une médiation dans les situations conflictuelles	1,84	0,98

<b>Défendre les droits de la personne (faire de la représentation sociopolitique)</b>	1,39	1,02
<b>Soutenir le développement de compétences de la personne dans l'exercice de ses divers rôles sociaux</b>	2,61	1,03
Développer un partenariat de travail	2,67	1,05
<b>Mobiliser les ressources du milieu (y compris les réseaux sociaux)</b>	2,76	0,95
Initier de nouvelles pratiques sociales	1,46	0,94
Intégrer des éléments de recherche à sa pratique professionnelle	1,50	0,93
<b>Démontrer de la solidarité avec les personnes et les causes sociales</b>	2,23	1,12
<b>Coordonner des services (gestionnaire de cas) ou des activités (responsable d'un projet)</b>	1,64	1,38
Accompagner la personne dans certaines démarches	2,53	1,02
Terminer un processus d'intervention, un épisode de service ou un projet	2,17	0,95
Procéder aux relances nécessaires	2,65	0,99
<b>ÉVALUER L'INTERVENTION SOCIALE</b>	<b>1,96</b>	<b>0,67</b>
Réviser la démarche effectuée (pertinence de ses interventions, des moyens choisis, etc.)	2,30	0,79
Mesurer et interpréter les effets de l'intervention en sollicitant le point de vue de la personne visée et d'autres personnes impliquées si pertinent	2,25	0,90
Identifier des besoins non décelés au préalable ou non comblés par l'intervention	2,30	0,93
Procéder à l'élaboration d'un nouveau plan d'intervention, s'il y a lieu	1,77	0,92
Identifier des stratégies plus efficaces (selon des données probantes) touchant les différents niveaux : - Promotion - Prévention - Restauration (ou réadaptation)	1,78	0,98
<b>Formuler des recommandations concernant les politiques et les procédures de l'organisme ou de l'organisation des services si pertinent</b>	1,32	0,90
<b>ÉTABLIR DES COLLABORATIONS PROFESSIONNELLES</b>	<b>2,28</b>	<b>0,68</b>
Identifier des activités et des intérêts communs	2,08	1,03
Clarifier la division du travail en départageant les responsabilités individuelles des responsabilités collectives	1,83	1,09
Indiquer les implications reliées à certains choix	1,97	1,06
<b>Expliquer son rôle et sa contribution spécifique</b>	2,53	0,95
<b>Souligner les propos discriminatoires et l'impact de certaines attitudes</b>	1,62	0,96
<b>Soulever les aspects éthiques liés à une situation</b>	1,86	0,91
Assurer la concertation avec les partenaires	2,52	1,01
Développer des réseaux, les utiliser et y contribuer	2,08	1,10
Intervenir conjointement avec des collègues d'autres disciplines	2,93	1,04
Identifier des experts et les consulter	2,34	0,94
Donner de l'information et répondre à des questions	3,28	0,87
<b>COMMUNIQUER AVEC SES COLLÈGUES, AVEC LA PERSONNE VISÉE ET AVEC SON ENTOURAGE</b>	<b>3,01</b>	<b>0,44</b>
Écouter le point de vue de ses interlocuteurs	3,85	0,40
Vérifier la compréhension en reformulant	3,77	0,46
Expliquer une démarche, un plan d'action	3,37	0,68
Convaincre, négocier une action	2,86	0,95
Faire des présentations (conférence, formation, etc.)	1,26	0,79
<b>Choisir les moyens appropriés à des fins de communication</b>	2,58	1,18
<b>Rédiger des dossiers professionnels selon le règlement de l'Ordre</b>	3,37	1,10
<b>APPLIQUER LES OBLIGATIONS INSCRITES AU CODE DE DÉONTOLOGIE ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES PERTINENTS AUX SITUATIONS RENCONTRÉES DANS SA PRATIQUE</b>	<b>2,48</b>	<b>0,70</b>
Intégrer ses préoccupations éthiques et déontologiques dans sa pratique	2,65	1,05

Identifier des problématiques déontologiques et éthiques potentielles et actuelles	2,11	0,98
<b>Exercer un jugement éthique et responsable</b>	3,20	0,96
Consulter d'autres professionnels	3,01	0,85
<b>Résoudre les dilemmes éthiques et déontologiques rencontrés dans sa pratique selon un processus de prise de décision éthique</b>	1,71	0,89
Évaluer sa pratique eu égard aux valeurs du travail social et aux normes de l'Ordre	2,21	1,04
<b>ASSURER SON DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL</b>	<b>1,70</b>	<b>0,48</b>
<b>Suivre l'évolution des problèmes sociaux et des enjeux sociaux, politiques et économiques</b>	2,44	0,99
Puiser à diverses sources d'information pour connaître les réflexions, les analyses, les recherches, les nouvelles pratiques en travail social	2,03	0,82
Étudier en profondeur certaines problématiques	1,97	0,86
Collaborer à des travaux de comités	1,42	0,85
Faire connaître la littérature professionnelle pertinente afin d'influencer l'évolution de la société et de la profession	1,33	0,73
<b>Se maintenir à jour en matière de politiques, de lois et de règlements qui encadrent la profession (y compris la jurisprudence)</b>	1,57	0,78
<b>Participer à des activités de perfectionnement favorisant le développement de son identité professionnelle</b>	1,66	0,64
<b>Acquérir et développer des habiletés de consultation et de supervision</b>	1,57	0,96
<b>Utiliser la supervision pour réfléchir et évaluer la qualité de sa pratique</b>	1,95	0,83
Colliger des données de façon périodique à partir de ses dossiers d'intervention clinique ou d'activités communautaires pour analyser sa pratique	1,36	0,82
Mettre à jour ses habiletés dans le domaine des technologies de l'information	1,44	0,94
<b>ENCADRER UNE ÉQUIPE DE TRAVAIL</b>	<b>2,19</b>	<b>1,10</b>
Apporter sa vision du travail	2,57	0,98
Former, assister, évaluer	1,71	1,14
Influencer l'équipe	2,39	1,04
Susciter de la rétroaction continue	2,10	1,19
Diriger une équipe	0,94	1,05
Soutenir les membres de l'équipe	2,67	1,15
Créer un esprit d'équipe	2,92	1,18
<b>CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT ET À L'AVANCEMENT DE LA PROFESSION ET DE LA SOCIÉTÉ</b>	<b>1,08</b>	<b>0,53</b>
<b>Transmettre ses connaissances professionnelles</b>	2,52	0,99
<b>Collaborer à la formation des étudiants</b>	1,11	1,05
<b>Superviser des stages</b>	0,85	1,01
Faire des présentations à des pairs	1,02	0,71
Rédiger des articles scientifiques	0,65	0,51
Donner des conférences, des cours	0,77	0,68
<b>Collaborer à des recherches</b>	0,78	0,73
Effectuer un projet de recherche-action, d'analyse des pratiques ou d'évaluation de programmes	0,72	0,70
Exercer un rôle-conseil	1,27	1,09
Agir à titre d'expert	1,09	0,98

\* Les énoncés en caractère gras sont considérés comme fondamentaux.

## 5.1 L'évaluation psychosociale

L'examen du score moyen pour les 16 activités relatives à l'évaluation psychosociale indique que les résultats varient de 2,29 à 3,27. Les activités les plus fréquemment mises en œuvre par les répondants dans leur pratique professionnelle sont : *Observer et interpréter les activités, les comportements et les situations* (3,27); *Émettre une opinion professionnelle et des recommandations ou suggérer des pistes de solution* (3,25); *Identifier les ressources personnelles et celles du milieu* (3,24); *Renseigner la personne visée au sujet des ressources existantes* (3,22); *Examiner les demandes, les besoins et les intérêts en présence en privilégiant la personne vulnérable et sa perception de la situation* (3,19); *Définir les problèmes* (3,11) et *Analyser les données relatives à la situation en tenant compte des modes d'interaction et d'influence réciproques entre la personne et son environnement et en s'appuyant sur les connaissances théoriques et pratiques pertinentes* (3,09).

Par ailleurs, les trois activités les moins fréquentes sont : *Engager la personne concernée* (2,29); *Utiliser des outils ou des instruments de mesure appropriés* (2,45); et *Identifier les liens entre la situation-problème et les conditions de vie avec une attention particulière aux questions d'oppression et de discrimination* (2,49).

Dans ce domaine de compétence, huit activités sont considérées comme des éléments fondamentaux; trois d'entre elles figurent parmi les cinq activités qui sont les moins souvent mises en œuvre par les répondants, à savoir : *Engager la personne concernée* (2,29), *Porter une attention particulière aux conditions de vie et aux questions d'oppression et de discrimination* (2,49) et *Effectuer une analyse contextuelle de la problématique* (2,76).

## 5.2 La planification d'une intervention

Lorsqu'il s'agit de planifier une intervention sociale, l'activité qui est la plus fréquemment mise en œuvre consiste à *Stimuler la personne à déployer ses habiletés* : plus de la moitié des répondants y recourent sur une base quotidienne, ce qui lui confère un score moyen de 3,32 sur un maximum possible de 4. Elle figure parmi les deux activités fondamentales de ce domaine. À l'opposé, c'est de façon très épisodique que les répondants sont appelés à *Sélectionner des critères et une méthodologie appropriés pour évaluer leur intervention* : près du tiers

s'y attardent « Rarement-Jamais » ou estiment que cette activité ne s'applique pas à leur situation, d'où un résultat de 2,01.

## 5.3 La réalisation d'une intervention

Lors de la réalisation d'une intervention sociale, le professionnel du travail social peut s'appuyer sur plusieurs activités différentes. Parmi les 17 mentionnées dans le référentiel de compétences, trois apparaissent avec plus de régularité puisqu'elles présentent un résultat moyen supérieur à 3 : *Favoriser la conscientisation, l'entraide et la réappropriation du pouvoir personnel et social* (3,19); *Promouvoir le processus de changement personnel et social* (3,18) et *Renforcer les liens entre la personne et son environnement* (3,06). Ces activités figurent parmi celles qui sont considérées comme des éléments fondamentaux. Il s'agit en fait d'activités qui soutiennent le développement de la personne dans ses rapports avec son environnement. Les activités ayant un caractère plus politique, telles que *Dénoncer les injustices* et *Défendre les droits de la personne*, qui sont également jugées fondamentales, sont moins fréquentes avec des résultats respectifs de 2,08 et 1,39. Dans ce domaine de compétence, outre la défense des droits de la personne, deux autres activités présentent un résultat égal ou inférieur à 1,50, traduisant en cela faire moins partie de la réalité professionnelle des répondants : *Initier de nouvelles pratiques sociales* (1,46) et *Intégrer des éléments de recherche à sa pratique professionnelle* (1,50).

## 5.4 L'évaluation de l'intervention sociale

Le domaine de compétence « Évaluation de l'intervention » fait référence à six activités. Aucune ne présente un résultat moyen supérieur à 2,30, ce qui traduit une utilisation moins fréquente que la plupart des activités examinées précédemment. Dans ce domaine, celles que les répondants mettent en œuvre le plus fréquemment sont : *Réviser la démarche effectuée* (2,30); *Identifier des besoins non décelés au préalable ou non comblés par l'intervention* (2,30) et *Mesurer et interpréter les effets de l'intervention en sollicitant le point de vue de la personne visée et d'autres personnes impliquées, si pertinent* (2,25). Une seule activité figure parmi les éléments considérés comme fondamentaux, soit « *Formuler des recommandations sur les politiques*

et les procédures de l'organisme ou de l'organisation des services si pertinent » : elle se retrouve au dernier rang avec un résultat de 1,32. En fait, plus de la moitié des répondants indiquent qu'au cours de la dernière année, il leur est arrivé « Rarement ou Jamais » de formuler de telles recommandations.

### 5.5 Les collaborations professionnelles

Outre les étapes du processus d'intervention psychosociale, le référentiel de compétences aborde d'autres composantes de l'activité professionnelle en travail social. L'une de ces composantes fait référence à l'établissement des collaborations professionnelles. Sur cet aspect, 11 activités sont mentionnées, dont trois considérées comme fondamentales. Celles qui se présentent avec la plus grande fréquence sont *Donner de l'information et répondre à des questions* (3,28), et *Intervenir conjointement avec des collègues d'autres disciplines* (2,93). Par ailleurs, les données font ressortir que les répondants ne rencontrent pas, du moins sur une base régulière, de difficultés majeures lorsqu'ils collaborent avec d'autres professionnels puisque les énoncés les moins fréquents sont ceux qui traduisent la présence de situations problématiques : *Souligner les propos discriminatoires et l'impact de certaines attitudes* (1,62); *Clarifier la division du travail en répartissant les responsabilités individuelles des responsabilités collectives* (1,83) et *Soulever les aspects éthiques liés à une situation* (1,86).

### 5.6 La communication

C'est sur une base régulière que les répondants font appel à leurs compétences sur le plan communicationnel que ce soit avec leurs collègues ou avec la clientèle et son entourage. En effet, plus de trois répondants sur quatre indiquent qu'ils sont quotidiennement appelés à *Écouter le point de vue des autres* (3,85) et à *Vérifier leur compréhension en reformulant* (3,77). Plus de huit répondants sur 10 indiquent *Rédiger des dossiers professionnels selon le règlement de l'Ordre* (3,37) au moins chaque semaine. Le travail social apparaît donc comme une activité professionnelle basée sur la communication : communication orale, mais également communication écrite. Il semble qu'il s'agisse principalement d'une communication qui gravite autour de l'intervention, puisque c'est

de façon exceptionnelle que les répondants indiquent *Faire des présentations* (1,26) dans le cadre de conférences ou d'activités de formation. Sur ce dernier point, il ne s'agit pas d'un résultat étonnant si l'on considère que plusieurs répondants sont des intervenants en début de carrière.

### 5.7 Les obligations éthiques et déontologiques

Il est reconnu que la pratique professionnelle en travail social exige de poser des jugements et de prendre des décisions. C'est ce que confirment les données puisque *Exercer un jugement éthique et responsable* est une activité rapportée avec régularité par les répondants (3,21). *Consulter d'autres professionnels* est également une activité relativement fréquente (3,01), ce qui met en évidence l'importance de placer les jeunes professionnels dans un contexte de pratique où ils peuvent faire appel à leurs pairs et miser sur leur soutien en cas de besoin. Par ailleurs, c'est moins fréquemment qu'ils sont appelés à *Résoudre des dilemmes éthiques et déontologiques rencontrés dans la pratique selon un processus de prise de décision éthique* (1,71). Bien que cette activité soit considérée comme un élément fondamental, c'est celle qui est la moins fréquente dans ce domaine de compétence.

### 5.8 Le développement professionnel

Pour s'adapter aux changements qui marquent la société et être en mesure de composer avec les nouvelles situations qui se présentent, les professionnels du travail social doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer leur développement professionnel. Le référentiel de compétences mentionne 11 activités qu'un professionnel doit être en mesure de mettre en œuvre pour se maintenir dans un processus permanent de développement. Cinq de ces activités sont considérées comme fondamentales.

Les réponses fournies par les répondants indiquent que les activités axées sur la consommation d'information telles que *Suivre l'évolution des problèmes sociaux et des enjeux sociaux, politiques et économiques* (2,44) et *Puiser à diverses sources d'information pour connaître les réflexions, les analyses, les recherches, les nouvelles pratiques en travail social* (2,03) sont celles qui sont les plus fréquentes dans ce domaine. À l'opposé, celles qui sont axées sur

la diffusion d'informations, comme *Faire connaître la littérature professionnelle pertinente afin d'influencer l'évolution de la société et de la profession* ou sur la production de connaissances, comme l'indique l'énoncé *Colliger des données de façon périodique à partir de ses dossiers d'intervention clinique ou d'activités communautaires pour analyser sa pratique*, sont les moins répandues : leur résultat respectif se situe à 1,33 et 1,36.

### 5.9 L'encadrement d'une équipe

Dans le référentiel de compétences, aucune activité associée à l'encadrement d'une équipe de travail n'est considérée comme un élément fondamental. Les réponses témoignent du fait que *Diriger une équipe* n'est pas une activité qui se présente avec régularité chez les répondants : avec un résultat de 0,94, elle figure parmi celles qui sont les moins fréquentes. Toutefois, d'autres activités de ce domaine de compétence indiquent que les professionnels du travail social ont un rôle à jouer au sein de leur équipe de travail. Leur contribution est plus fréquente lorsqu'il s'agit de *Créer un esprit d'équipe* (2,92), de *Soutenir les membres de l'équipe* (2,67) et d'*Apporter sa vision du travail* (2,57). On peut voir dans ce résultat un reflet du contexte dans lequel se fait l'intervention sociale; il s'agit généralement d'une action menée sur une base individuelle avec un système-client où les rapports entre les professionnels se traduisent le plus souvent par un soutien informel. Les activités qui prennent place dans le cadre d'une équipe de travail y sont moins fréquentes que les échanges informels qui se produisent au quotidien.

### 5.10 Le développement de la société

Le dernier domaine abordé dans le référentiel de compétences touche la contribution des professionnels du travail social au développement de la profession et à l'avancement de la société; on y retrouve dix activités dont quatre considérées comme fondamentales. Les données indiquent qu'il s'agit pour la plupart d'activités que les répondants ont rarement l'occasion de réaliser. À l'exception de l'activité *Transmettre ses connaissances* (2,52), elles ont toutes un résultat inférieur à 1,5. Cinq activités ont un résultat inférieur à 1, soit *Rédiger des articles scientifiques* (0,65), *Effectuer un projet*

*de recherche-action, d'analyse des pratiques ou d'évaluation de programmes* (0,72), *Donner des conférences, des cours* (0,77) et deux activités qui sont considérées comme des éléments fondamentaux : *Collaborer à des recherches* (0,78) et *Superviser des stages* (0,85).

## Discussion

Cette étude a été effectuée pour établir dans quelle mesure les compétences privilégiées par l'OTSTCFQ correspondent à la réalité des professionnels sur le terrain. Pour établir cette correspondance, des professionnels admis au sein de l'Ordre au cours des cinq dernières années ont été invités à indiquer la fréquence à laquelle ils réalisent certaines activités spécifiées dans le référentiel de compétences. Bien sûr, la fréquence à laquelle un geste est fait n'est pas la seule dimension à prendre en considération pour en apprécier l'importance pour une profession, mais il s'agit néanmoins d'un élément qui peut refléter l'intérêt de privilégier certaines compétences par rapport à d'autres lorsqu'il s'agit d'assurer une pratique professionnelle de qualité.

Les données indiquent d'abord une grande variabilité dans la fréquence à laquelle les différentes activités sont mises en œuvre dans la pratique quotidienne des professionnels. Cette variabilité peut s'expliquer par la nature même des actions effectuées par les travailleurs sociaux. Ainsi, dans une démarche d'intervention, la planification n'est pas une activité continue; elle se situe généralement en début de processus et, même si elle fait l'objet de révisions périodiques, le professionnel n'a pas constamment à établir ses objectifs d'intervention et à redéfinir ses stratégies. Il est donc normal que les répondants s'y adonnent moins fréquemment qu'à une activité comme *stimuler la personne à déployer ses habiletés*, car l'engagement de la personne doit être soutenu tout au long du processus d'intervention.

Il en est de même des activités relatives à la mesure des effets de l'intervention (sélection de critères et choix d'indicateurs). Ces activités vont généralement de pair avec l'entente sur le plan de travail et avec le contrat. Il n'est donc pas étonnant de constater que le choix de comportements ou d'événements qui vont servir d'indicateurs pour évaluer les résultats

de l'intervention se présente sensiblement à la même fréquence que la convention d'un plan de travail avec la personne concernée. Les données indiquent cependant que toutes les décisions en matière de plan d'action (choisir des méthodes et des modèles d'intervention, établir des stratégies, fixer des objectifs) sont plus fréquentes que les décisions relatives à l'évaluation. Doit-on en conclure que les intervenants s'appuient davantage sur des impressions cliniques que sur des indicateurs précis et mesurables pour évaluer la pertinence de leur action et, le cas échéant, pour réviser leur plan d'intervention? Les données sur la fréquence des activités liées à l'évaluation de l'intervention vont dans le sens de cette hypothèse. On peut alors se demander quelle place on doit donner à l'évaluation dans un processus d'intervention : s'agit-il d'une activité ponctuelle, plus ou moins formalisée, qui se situe en fin de processus ou d'une activité continue basée sur des données probantes et des procédures officielles?

Les données présentées dans cette étude fournissent un portrait général de la pratique; elles n'ont pas la prétention d'en refléter les particularités individuelles et organisationnelles, ni de rendre justice à la diversité et à la complexité du travail des professionnels. Néanmoins, certains résultats soulèvent des questions. Ainsi, la fréquence moindre des activités ayant un caractère plus politique, telles que dénoncer les injustices ou défendre les droits de la personne, suggère-t-elle que l'intervention en service social s'inscrit principalement dans une orientation consensuelle? Et on pourrait ajouter une orientation relativement traditionnelle, si l'on considère la faible proportion de répondants qui indiquent introduire des éléments de recherche à leur pratique, qui développent de nouvelles pratiques ou qui formulent des recommandations concernant les politiques et les procédures de l'organisme ou l'organisation des services. Quelle place devrait occuper des activités comme la défense des droits de la personne, la dénonciation des injustices et l'introduction de nouvelles pratiques dans l'activité des travailleurs sociaux? Ce type de questionnement soulève les enjeux de la correspondance entre la formation à une discipline professionnelle qui est porteuse de valeurs, de principes éthiques et de préoccupations

sociales et la préparation à l'occupation d'un emploi qui se situe dans un contexte organisationnel spécifique et un environnement particulier. Il faut s'interroger sur l'importance de privilégier chez les professionnels l'acquisition de certaines compétences particulières qui font en sorte qu'une profession préserve et affirme son identité; l'accent placé sur ces compétences contribue alors à faire contrepoids aux pressions normatives qui sont exercées sur les professionnels dans certains contextes organisationnels.

Les répondants de cette étude sont en grande partie des professionnels en début de carrière dont la fonction consiste à fournir de l'aide aux personnes, aux groupes ou aux collectivités. Il n'est pas étonnant que les activités d'enseignement et de recherche et celles liées à la direction d'une équipe de travail soient moins fréquentes. Les données soulèvent cependant un questionnement au regard de ce qui doit être attendu comme niveau de compétence chez les professionnels aux différentes étapes de leur carrière. Peut-on réalisme s'attendre à ce qu'un jeune professionnel dirige une équipe de travail, supervise des stages, donne des cours ou agisse à titre d'expert? Les résultats suggèrent d'aborder le développement des compétences professionnelles comme un processus continu dont l'adhésion à l'Ordre marque le début et non le point d'arrivée. Dans cette logique, il serait sans doute utile de distinguer les compétences initiales, qui doivent être acquises au moment de l'entrée dans la profession, et les compétences avancées dont le développement peut s'échelonner sur quelques années après l'entrée dans la profession, mais qui devront éventuellement être acquises. Dans une telle vision, la participation à des activités de formation continue et l'intégration à un contexte professionnel qui soutient le perfectionnement deviennent des composantes incontournables d'un développement professionnel qui s'étale sur toute la carrière. Cette vision n'exclut pas la nécessité de s'assurer que les jeunes professionnels disposent d'une solide formation initiale; au contraire, elle exige de s'assurer qu'ils disposent des connaissances générales et des habiletés intellectuelles qui leur fourniront les assises sur lesquelles ils pourront construire leur développement professionnel.

## Conclusion

Dans un contexte où la préparation à l'exercice de la profession du travail social est au centre de discussions tant dans les milieux de pratiques que dans les milieux de formation, cette étude s'est attardée à l'examen de la correspondance entre les compétences mises de l'avant par l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec et les réalités de la pratique. Les données soulèvent l'importance de s'attarder à l'orientation de la formation des futurs professionnels et de favoriser la mise en place des conditions pour soutenir leur développement continu, une fois qu'ils sont engagés dans leur carrière.

Sans nier leur intérêt, il importe de souligner que ces données doivent être appréciées en tenant compte de certaines limites de cette étude, notamment le taux de réponse qui limite la possibilité de généraliser les résultats, l'absence de données sur les caractéristiques des répondants qui rend impossible la réalisation de profils différenciés et le caractère général du questionnaire qui ne permet pas de tracer un portrait détaillé de la réalité de chaque répondant.

Le passage d'une conception de la formation basée sur la structure et le processus des programmes d'études à une conception basée sur l'acquisition de compétences représente une révolution pour les disciplines professionnelles (Carraccio et al., 2002). Ce passage exige cependant de porter une attention toute particulière à la détermination et à la définition des compétences requises pour la pratique professionnelle. Cet exercice doit se faire en étant conscient des écueils que présente l'option, généralement très attrayante, d'avoir une liste très exhaustive de compétences, mais dont il est ensuite impossible de vérifier la maîtrise. Pour dépasser les intentions nobles, il est nécessaire que les compétences débouchent sur des indicateurs de performance suffisamment précis pour juger de leur niveau d'acquisition. À cet égard, les habiletés, les attitudes et les connaissances qui leur sont sous-jacentes doivent être clairement établies et formulées dans des termes qui en permettent la mesure. Il faut toutefois reconnaître qu'il s'agit là d'un défi de taille auquel doivent s'attaquer toutes les personnes préoccupées par la qualité de la pratique professionnelle en travail social

car, comme le soulignent Reilly, Barclay et Culbertson (1977), la mesure des compétences constitue le talon d'Achille des programmes de formation basés sur les compétences.

## Descripteurs :

OPTSQ. Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux (2006) // Qualifications professionnelles // Travailleurs sociaux - Formation professionnelle // Service social - Québec (Province)

Vocational qualifications // Social workers - Occupational training // Social service - Quebec (Province)

## Note

1 Étude réalisée avec la collaboration de Marielle Pauzé et Ghislaine Brosseau.

## Références

- Allen-Meares, P., & Dupper, D. R. (1998). A National Study of Knowledge, Skills, and Abilities: Curriculum development for Practice in Schools, *Journal of Teaching in Social Work, 17* (1/2), 101-119.
- Austin, D. (1986). A history of social work education. *Social Work Education Monograph Series*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Blondin, D. (2002). Apprendre, pour quoi faire? *Pédagogie collégiale, 15* (3), 35-37.
- Bogo, M., Regehr, C., Hughes, J., Power, R., & Gioberman, J. (2002). Evaluating a measure of student field performance in direct service: Testing reliability and validity of explicit criteria, *Journal of Social Work Education, 38*, 385-401.
- Carraccio, C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K., & Martin, C. (2002). Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies, *Academic Medicine, 77* (5), 361-367.
- Cnaan, R. A., & Dichter, M. E. (2008). Thoughts on the Use of Knowledge in Social Work Practice, *Research on Social Work Practice, 18* (4), 278-284.
- Colby, I., & Dziewielewski, S. F. (2010). *Introduction to Social Work: The People's Profession* (3rd ed.). 3-24. Chicago, Ill.: Lyceum. Bokks.
- Crisp, B. R., & Green Lister, P. (2002). Assessment methods in social work education: A review of the literature, *Social Work Education, 21* (2), 259-270.
- Curl, A. L., Tompkins, C. J., Rosen, A. L., & Zlotnik, J. L. (2010). A case study of professional change: the impact of the National Gerontological Social Work Competencies Survey, *Gerontology & geriatrics education, 31* (3), 256-73.

- Damron-Rodriguez, Lawrance, F. P., Barnett, D., & Siommons, J. (2006). Developing Geriatric Social Work Competencies for Field Education, *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1-2), 139-160.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Melani-Christian, L. (2009). *Mail and internet surveys: The tailored design method* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Dustin, D. (2006). Skills and Knowledge Needed to Practise as a Care Manager: Continuity and Change, *Journal of Social Work*, 6, 293-313.
- Fortune, A., Lee, M., & Cavazos, A. (2007) Does Practice Make Perfect? Practicing Professional Skills and Outcomes in Social Work Field Education, *The Clinical Supervisor*, 26 (1-2), 239-263.
- Galambos, C., & Greene, R. R. (2006). A Competency Approach to Curriculum Building: A Social Work Mission, *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1/2), 111-126.
- Gilbar, O., Ben-Zur, H., & Gil, S. (2003) Does the MSW curriculum contribute to the professional specialization of the BSW-educated social worker? *International Social Work*, 46 (4), 525-544.
- Hackett, S. (2001). Educating for competency and reflective practice: Fostering a conjoint approach in education and training, *Journal of Workplace Learning*, 13 (3), 103-112.
- Lanier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence, *Pédagogie collégiale*, 15 (1), 28-33.
- Morgan, J. S. (1951) Graduates and Non-Graduates in the Staffing of Welfare Services, *Canadian Workshop on Social Work Education*, 10, 1-32.
- O'Hare, T. (2009). *Essential skills of social work practice: assessment, intervention, evaluation*. Chicago, Ill.: Lyceum Books.
- OPTSQ (1999). *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire. Les états généraux de la profession. Rapport final*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- OPTSQ (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Patterson, C., Curtis, J., & Reid, A. (2008). Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting, *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 410-418.
- Pearson, V., Wong, D. K. P., Kit-Mui, H., & Wong, Y. (2007). Problem Based Learning in an MSW Programme: A Study of Learning Outcomes, *Social Work Education*, 26 (6), 616-631.
- Perrenoud, P. (2000). *Construire des compétences dès l'école*, 3<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeur.
- Poulin, G. (1951). Service social et sciences de l'homme, *Service social*, 1 (2), 51-55.
- Reilly, D. H., Barclay, J., & Culbertson, F. (1977). The current status of competency-based training, Part 1: Validity, reliability, logistical and ethical issues, *Journal of School Psychology*, 15, 68-74.
- Rice, K., Hwang, J., Abrefa-Gyan, T., & Powell, K. (2010). Evidence-Based Practice Questionnaire: A Confirmatory Factor Analysis in a Social Work Sample, *Advances in Social Work*, 11 (2), 158-173.
- Rocher, G. (1960). Réflexions sociologiques sur le service social au Canada français, *Service social*, 9 (1), 57-70.
- RUFUTSQ (1993). *Les orientations de la formation en travail social au Québec : rapport final*. Montréal : Regroupement des unités de formation universitaire en travail social du Québec.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre, *Pédagogie collégiale*, 16 (3), 36-44.
- Whitcomb, M. E. (2002). Competency-based Graduate Medical Education? Of Course! But How Should Competency Be Assessed? *Academic Medicine*, 77 (5), 359-360.
- Zebrack, B., Walsh, K., Burg, M. A., Maramaldi, P., & Lim, J. (2008). Oncology Social Worker Competencies and Implications for Education and Training, *Social Work in Health Care*, 47 (4), 355-375.

# Une intervention de groupe favorisant l'appropriation du pouvoir chez des personnes ayant un problème de santé mentale et une déficience intellectuelle

par

Marie-France Racine-Gagné, M.Sc., T.S.

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Courriel : gagnegeoffroy@hotmail.ca

Jessica Gauthier, stagiaire en travail social

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Katherine Hauenherm, T.S.

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marie-Joèle Lacourse, stagiaire en travail social

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Description of a group work project with adults suffering from mental illness and intellectual disability.

Description d'un projet d'intervention de groupe à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec), auprès d'adultes ayant des problèmes de santé mentale et une déficience intellectuelle.

Tant dans les domaines de la santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) que de la déficience intellectuelle (MSSS, 2001), les pratiques tendent dorénavant à reconnaître les compétences des individus afin qu'ils s'approprient du pouvoir sur leur vie. Si cette vision apparaît aux premiers abords d'une évidence déconcertante, dans les faits, elle comporte différents enjeux. En effet, historiquement, il y avait une reconnaissance d'office de l'expertise des intervenants alors que les usagers n'avaient que peu à dire dans les décisions concernant leur propre plan d'intervention. Valoriser les compétences des individus implique ainsi un changement de culture qui remet en question des balises établies alors que les intervenants doivent

maintenant considérer le point de vue de l'utilisateur et, surtout, lui reconnaître le pouvoir de décider. Pour les usagers, il s'agit aussi d'un changement majeur. Comment des personnes qui ont trop longtemps été déconsidérées pourraient-elles maintenant mettre à profit leurs compétences alors qu'elles n'ont jamais appris à le faire? De surcroît, comment est-ce possible chez une clientèle dont les atteintes dues à la maladie et à la déficience intellectuelle accentuent la vulnérabilité et la dépendance à l'environnement? Nos convictions personnelles et notre formation en travail social nous amènent à croire au potentiel de ces individus et à travailler avec eux pour faire émerger leurs ressources personnelles. Toutefois, il nous faut pousser nos réflexions et innover dans nos pratiques pour atteindre cet objectif. C'est dans cette optique qu'a émergé, dans un groupe de praticiennes composé de deux travailleuses sociales superviseuses et de deux stagiaires, l'idée de former un groupe portant sur l'appropriation des valeurs éthiques de l'établissement par les usagers. Le présent texte, rédigé par les praticiennes qui ont élaboré le projet d'intervention, expose l'évolution de ce groupe de croissance et de soutien (dans une perspective de changement social) impliquant des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et d'une déficience intellectuelle dans notre contexte de pratique, soit le programme de *psychiatrie en déficience intellectuelle* de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. L'évolution du groupe est traitée en abordant sa préparation, ses objectifs ainsi que ses retombées.

## Profil des usagers et de leurs problématiques

Le groupe a été formé de quatre hommes âgés de 30 à 45 ans, qui ont été choisis par les travailleuses sociales qui les connaissent de longue date. À la base, pour faciliter l'émergence d'une aide mutuelle et d'une confiance dans le groupe, nous avons ciblé des personnes qui avaient déjà des affinités entre elles. De plus, ces personnes vivaient dans la même unité de soins. Nous croyions

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 62-68.

que ces affinités sont bénéfiques pour la continuité, la consolidation et la généralisation des apprentissages dans leur quotidien.

Chaque membre du groupe présente une déficience intellectuelle légère ou moyenne. La durée d'hospitalisation de ces personnes varie de 10 à 25 années. Outre la déficience intellectuelle, chacun a une ou plusieurs autres problématiques dont des dysfonctions exécutives.

La déficience intellectuelle implique des déficits cognitifs dont les atteintes, notamment des fonctions exécutives, varient en fonction de la condition propre à chaque individu. Les fonctions exécutives, qui se situent dans les régions frontales du cerveau (Moore Sohlberg et Mateer, 2001), sont responsables de différentes opérations mentales. Elles agissent en quelque sorte comme « un chef d'orchestre qui gère, contrôle et coordonne l'ensemble des opérations du cerveau » (Bernier, 2009 : 106). Ces déficits entraînent donc, pour ces personnes, différentes difficultés de gestion de leurs émotions et de leur comportement. Les difficultés générées peuvent être, entre autres, la difficulté à organiser une action, à la planifier, à anticiper et évaluer les résultats, à s'adapter aux nouvelles situations (Bernier, 2009; Taillefer, 2004). On peut dire qu'elles ont des difficultés majeures à généraliser les concepts même lorsque ces derniers sont connus. Ces difficultés peuvent aussi être de l'ordre de la persévérance (répétition d'une pensée ou d'une action sans pouvoir la refréner), de l'impulsivité ou du manque d'initiative, d'inhibition, de concentration par une grande *distractibilité* (Bernier, 2009; Moore Sohlberg et Mateer, 2001). Dans le langage courant, on dira souvent de ces personnes qu'elles « manquent de filtre » puisqu'elles diront instantanément ce qu'elles ressentent et agiront spontanément, sans analyse préalable. D'ailleurs, ces difficultés d'ordre cognitif peuvent générer des troubles du comportement dans leur quotidien (Moore Sohlberg et Mateer, 2001; Tremblay, Richer, Côté, Lachance et Poulin, 2004).

### **Les valeurs éthiques mises de l'avant dans le milieu de pratique**

Ces dernières années, pour guider les actions tant de ses employés que des usagers desservis par l'établissement, l'hôpital Louis-H.

Lafontaine s'est doté d'un *Énoncé de valeurs éthiques* (HLHL, 2006) appuyé sur cinq valeurs : le respect; la bienveillance et la bienfaisance; l'autonomie; l'équité; l'intégrité et la sécurité.

Au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle, bien que les employés aient été sensibilisés à cet *Énoncé de valeurs éthiques*, nous avons constaté que les usagers l'ont, de leur côté, été beaucoup moins. Certes, des affiches exposant l'*Énoncé de valeurs éthiques* sont disposées dans plusieurs lieux. Toutefois, la majorité des usagers, en raison de leurs multiples déficits, incluant le fait de ne pas savoir lire, peuvent difficilement s'en approprier le contenu. Comment peuvent-ils alors savoir si leur entourage interagit à leur égard de façon conforme aux valeurs prônées par l'établissement? De plus, comment peuvent-ils savoir si leur propre comportement est conforme à ce qui est attendu d'eux selon cet énoncé de valeurs?

### **Objectifs du groupe**

Le groupe s'est échelonné sur une période de quatre mois avec des rencontres hebdomadaires. Il a été mené par les deux stagiaires avec le soutien des travailleuses sociales superviseuses. Les objectifs poursuivis par ce groupe ont été établis selon ce que nous percevions comme un besoin d'optimisation des connaissances théoriques et des pratiques des usagers en regard des valeurs éthiques, mais aussi des habiletés à développer pour s'approprier du pouvoir concernant ces valeurs. Nous avons aussi développé un volet de sensibilisation des intervenants à partir de nos perceptions des points qui devaient être peaufinés chez plusieurs d'entre eux. Les objectifs étaient de :

- Permettre aux usagers de rehausser leur niveau de connaissances en regard des valeurs éthiques afin qu'ils soient mieux outillés dans leurs interactions avec leur entourage (le personnel de l'établissement, les pairs, leur famille);
- Sensibiliser le personnel au point de vue des usagers;
- Permettre aux usagers de mieux se connaître et de mettre à profit leurs ressources personnelles.

## Des stratégies facilitant les apprentissages

Avec un tel profil est-il réaliste de penser que les personnes auprès de qui nous intervenons puissent se réapproprier du pouvoir sur leur situation et, qui plus est, participer à un processus d'intervention de groupe au cours duquel elles travailleront à comprendre des concepts aussi abstraits que des valeurs éthiques? Nous ne nous cachions pas que le défi était de taille. D'ailleurs, une prochaine section du texte est consacrée aux difficultés rencontrées. Par contre, nos convictions et les avancées dans les recherches menées auprès de ce type de clientèle nous ont poussées à aller de l'avant avec ce projet.

Pour favoriser des apprentissages réalistes chez ces personnes, des conditions favorables devaient être réunies. Des auteurs parlent de stratégies de compensation, de stimulation (par la répétition, l'accroissement graduel des difficultés, les encouragements) et de renforcement (Vallat-Azouvi, Azouvi et Pradat-Diehl, 2007). Pour se réapproprier du pouvoir sur sa situation, un usager peut ainsi apprendre à dire à son intervenant, par exemple, « ça me fâche quand tu me dis telle chose » au lieu de l'insulter ou qu'une crise éclate et qu'il perde le contrôle sous le poids de la colère. Il ne pourra toutefois pas y arriver sans que des conditions favorables soient mises en place. Nous nous sommes donc attardées, dans l'intervention de groupe, à mettre en place de telles conditions.

D'abord, il est certain que les autres problèmes associés, comme un trouble de santé mentale ou de santé physique, devaient être relativement stabilisés pour que les usagers participent au groupe. En raison de leur distraction, ces personnes sont facilement préoccupées par leurs stimuli internes (ex. : douleur, pensée, frustration) et réussissent difficilement à rediriger leur attention sur autre chose en raison de la persévération. Il nous fallait donc écarter les sources de souffrance liées à une condition de santé mentale et physique instable pour qu'elles soient disposées à faire des apprentissages. Par contre, nous ne pouvions tout contrôler. Il est ainsi arrivé que des usagers ressentent une frustration le jour même de la séance de groupe et y viennent en colère. La persévération étant l'une des caractéristiques de ces personnes, il leur faut alors plus de

temps que la population générale pour passer à une autre émotion et être ainsi disposées à participer à l'intervention.

Ensuite, nous nous sommes attardées aux stratégies compensatoires. Il fallait nous assurer que le lieu des rencontres soit propice aux apprentissages. Comme ces personnes sont facilement distraites par ce qui se passe autour d'elles (stimuli externes), nous devions trouver un lieu calme, avec peu de personnes (d'où le nombre de participants limité à quatre usagers) et peu d'attractions visuelles sur les murs. Considérant leurs déficits de concentration, les activités du groupe devaient pouvoir attirer leur attention et leur apparaître stimulantes. Notre mot d'ordre était que toutes les activités devaient être guidées par nos objectifs, mais devaient être avant tout amusantes. Aussi, comme les usagers du groupe ne savaient lire et écrire que partiellement, d'autres moyens devaient être préconisés. Si la distraction liée aux stimuli externes peut souvent constituer un obstacle à leur pleine participation à une activité, nous en avons tiré profit en ciblant des moyens thérapeutiques attrayants qui ont rapidement retenu leur attention. Nous avons par exemple utilisé des jeux de rôles dans lesquels les usagers se percevaient comme des acteurs, mais aussi plusieurs pictogrammes colorés, avec des images simples comme des soleils, des bonhommes sourire, des nuages, etc. Nous avons également employé la pâte à modeler. Bref, des moyens avec lesquels les personnes avaient du plaisir à travailler et, par le fait même, réalisaient des apprentissages.

Pour ce qui est de la stimulation, il nous a aussi fallu fixer des objectifs réalistes d'apprentissage. Le rythme est plus lent chez ces personnes et les nouveaux apprentissages doivent être répétés à de nombreuses reprises pour être réellement intégrés. Ainsi, il n'était pas réaliste de penser qu'à la fin du groupe, chaque usager connaisse la totalité des valeurs éthiques et sache les reconnaître instantanément dans ses propres comportements et ceux des autres. Nous pensions, par contre, que grâce à des exercices de groupe ils pourraient nommer ce à quoi faisaient référence les valeurs éthiques pour eux et qu'ils seraient en mesure de produire collectivement des affiches qui seraient ensuite exposées dans les unités de l'hôpital

pour sensibiliser les intervenants. De plus, nous pensions que lorsque l'entourage échangerait avec eux sur le thème des valeurs éthiques, les participants pourraient avoir des références. Enfin, lorsque les intervenants reconnaîtraient les premiers signes précurseurs d'une crise et feraient référence aux valeurs éthiques, nous estimions que les usagers pourraient travailler à modifier leur comportement avant d'adopter un comportement problématique.

Enfin, au-delà des encouragements et du plaisir lié aux activités dans le groupe, nous nous sommes attardées au moyen de maintenir la motivation des usagers en ciblant un autre type de renforcement. Ce sont les usagers eux-mêmes qui ont choisi, à la mi-session et à la fin de session du groupe, que le groupe et ses animatrices aillent ensemble au restaurant. Nous avons accepté cette proposition puisqu'en plus de maintenir la motivation, elle permettait aux usagers de tester dans un autre lieu les acquis réalisés dans le groupe.

### **Le défi : la généralisation des acquis**

Nous sommes bien conscientes que les acquis réalisés en séances de groupe ne pourront être maintenus au fil du temps s'ils ne sont pas soutenus dans les milieux où évoluent les personnes, notamment dans leurs unités. Du reste, ce n'est pas parce qu'une personne a réalisé un acquis dans un environnement donné qu'elle le reproduira dans un autre environnement. Pour être réellement intégré, cet acquis doit être répété dans tous les milieux fréquentés par la personne. Dans notre esprit, l'intervention de groupe n'était donc pas une fin en soi. Elle devait prendre place seulement s'il y avait un engagement du milieu d'y donner suite.

Pour faciliter cette continuité, nous avons prévu différentes stratégies. D'abord, après chaque séance de groupe, un suivi partiel était fait aux équipes des unités pour leur expliquer globalement ce qui avait été discuté lors des séances. Nous donnions aux équipes des informations sur le matériel et les exercices réalisés lors des séances du groupe. Par contre, nous avons convenu de garder confidentiels les sujets et les discussions plus intimes abordés en groupe. Nous invitons ainsi les intervenants à questionner les participants sur ce qu'ils

avaient retenu du groupe. Puis, au fil des séances, un cartable était bâti avec chaque usager afin qu'il garde des outils visuels reliés aux activités du groupe. Par exemple, pour la valeur du respect, les participants ont été invités à évaluer le niveau de respect dans leurs comportements généraux en colorant un thermomètre gradué de 1 à 10 (10 étant le niveau de respect maximal). Le thermomètre en question a été placé dans leur cartable individuel. Au final, le produit des affiches collectives a été exposé dans les unités, lesquelles reflètent le contenu des discussions en regard des valeurs éthiques, de façon accessible pour les usagers (photos, images). Ces affiches, en plus de sensibiliser les intervenants au point de vue des usagers, permettent aux usagers ayant participé au groupe de se repérer quotidiennement quant aux apprentissages réalisés. Ces affiches permettent aussi de fournir des repères aux autres usagers des unités n'ayant pas participé au groupe. Comme plusieurs d'entre eux ne savent pas lire, il leur est plus facile de comprendre les images et les photos, et d'amorcer des échanges avec leur entourage sur les éléments qui les touchent davantage. Enfin, à la fin des séances de groupe, une rencontre de bilan regroupant les intervenants des unités, les usagers ayant participé au groupe et nous-mêmes a permis d'expliquer en détail ce qui est ressorti du groupe dans une vision de continuité des apprentissages.

### **Les difficultés rencontrées**

Comme nous l'avons mentionné précédemment, des difficultés se sont présentées au fil des rencontres. La principale a été la disponibilité cognitive des usagers à participer au groupe. Nous avons dû à plusieurs reprises, pour diverses raisons, conjuguer avec les impacts du déficit cognitif des usagers dans les séances de groupe. Les frustrations vécues avant ou pendant le groupe, des conditions extérieures hors de contrôle comme le bruit dans le corridor qui devenait une source de distraction pour les usagers, les difficultés de concentration des usagers et leurs limites liées à leur fonctionnement intellectuel (qui obligeaient à cibler des activités courtes, simples et amusantes pour atteindre les objectifs du groupe sans perdre leur motivation) en sont des exemples. La préparation des séances de

groupe était très importante. Certes, dans toute intervention de groupe, cette phase ne doit pas être négligée, au contraire (Turcotte et Lindsay, 2001). Mais, pour ce groupe, la préparation était particulièrement exigeante puisque le groupe nous obligeait à une constante créativité, à une recherche continue d'idées nouvelles et stimulantes pour retenir l'attention du groupe, tout en gardant à l'esprit nos objectifs. L'animation des séances portait elle aussi son lot de défis. Tout en orientant les activités, les animatrices devaient être sensibles aux distractions éventuelles des usagers, aux signes précurseurs d'un inconfort pouvant nuire à leur participation et devaient aussi les aider à surmonter leur difficulté, le cas échéant.

L'importance de connaître chacun des usagers dans ses forces et ses limites a ici pris tout son sens en phase de préparation des séances afin d'être en mesure de fournir le soutien requis à chaque usager selon sa condition. Ce groupe a mis nos habiletés d'animation à l'épreuve pour arriver à travailler avec les usagers et non pour eux. Comme leurs déficits génèrent chez eux des difficultés à trouver d'eux-mêmes les solutions, bien qu'ils les connaissent la plupart du temps, les animatrices devaient utiliser des moyens (tels que donner des indices) pour qu'ils aillent repérer d'eux-mêmes l'information sans obtenir de réponses toutes faites. Cela permettait de susciter leur participation et de favoriser l'émergence et le renforcement de leurs compétences. Pour arriver à réaliser ce type de séances de groupe, nous avons privilégié un style de coanimation. Ce style d'animation a permis un soutien entre les coanimateurs et un partage de responsabilités nécessaire compte tenu du groupe (Galinsky et Schopler, 1980, dans Turcotte et Lindsay, 2001).

### **L'évolution de la dynamique de groupe et les apprentissages réalisés**

Au fil des séances de groupe, nous avons assisté à la consolidation d'une dynamique d'aide mutuelle entre les participants. Par exemple, un usager a partagé des expériences douloureuses vécues dans l'enfance. Cela a suscité l'écoute et le soutien des pairs, mais aussi le partage d'autres moments difficiles vécus par l'ensemble des participants. Cet échange a débouché sur une discussion sur les émotions suscitées (l'impuissance, l'injustice)

qui encore aujourd'hui, après plusieurs années, les blessent. Au-delà du soutien mutuel et de l'expression des sentiments (dévoilement de soi), cet échange a permis la validation de ce qui est ressenti ainsi que la découverte des moyens de prévenir une situation similaire. Soutenir l'entraide entre les pairs a permis aux membres du groupe d'expérimenter leurs propres solutions et a contribué à l'accroissement de leur valeur personnelle. L'aide mutuelle s'est aussi reflétée dans de petits gestes, qui peuvent paraître banals, mais qui sont révélateurs pour des personnes ayant des déficits importants comme cette clientèle. Par exemple, lorsqu'un usager :

- s'est informé auprès d'un pair si ce dernier avait besoin d'aide pour pousser son fauteuil roulant;
- a encouragé un pair à écouter lorsqu'une autre personne s'exprimait : « Écoute, écoute, il parle »;
- a posé sa main spontanément sur un autre participant pour l'encourager à finir sa pensée;
- a partagé spontanément une difficulté et s'est vu écouté par le groupe qui l'a soutenu.

En matière d'apprentissages, plusieurs ont été réalisés. D'abord, mentionnons des apprentissages théoriques, c'est-à-dire mieux saisir la définition des valeurs éthiques et ce à quoi elles renvoient. Puis des apprentissages pratiques, c'est-à-dire cibler dans leurs actions et celles de leur entourage des comportements conformes aux valeurs éthiques. Pour illustrer nos propos, nous partageons ici une expérience vécue dans le groupe.

L'un des participants est reconnu pour ne pas tolérer la défaite. À tout coup, lorsqu'il perd à un jeu, il se fâche, crie et quitte la pièce en frappant les murs. Une activité de bilan du groupe était une partie du jeu de *serpents et échelles* dans une version où les usagers devaient parcourir les valeurs éthiques abordées lors des rencontres. Un bon moyen de pratiquer les attitudes de respect, de bienveillance et de bienfaisance formulées dans *l'Énoncé de valeurs éthiques*. Comme nous pouvons souvent le retrouver dans les dynamiques de groupe saines (Turcotte et Lindsay, 2001), une cohésion s'était formée entre les usagers, ce

qui laissait place au « nous » plus qu'au « je ». L'usager en question, qui souhaitait améliorer son comportement pour être respectueux (le respect est l'une des valeurs éthiques), a alors été aidé par les autres participants qui l'encourageaient en ce sens. Au final, la crise n'a pu être complètement évitée, mais cette personne a été fière de sa réaction car, bien qu'elle ait perdu au jeu, elle a réussi à tolérer un certain temps le sentiment de colère lié à la défaite et a quitté la pièce en ayant un comportement moins explosif qu'à l'habitude. Il ne s'agit ici que d'un exemple, mais qui illustre que, à la fin des séances, les usagers étaient plus à même de reconnaître dans leur propre comportement et ceux des autres ce qui correspondait ou non aux valeurs éthiques.

De plus, ils ont appris à exprimer aux personnes qui les entourent, dans le groupe mais aussi un peu à l'extérieur, ce qu'ils attendent des comportements d'autrui.

Puis il y a eu le travail d'équipe dans le groupe pour l'élaboration des affiches. Les usagers eux-mêmes ont présenté les affiches aux différentes équipes d'intervenants. Plusieurs de leurs compétences ont ainsi été mises à profit pour l'élaboration des affiches, mais aussi pour la présentation de ces produits. Ils en sont ressortis fiers et les intervenants les ont perçus sous un angle différent, découvrant alors des compétences qu'ils ne leur connaissaient pas.

## Conclusion

En tant que travailleuses sociales actuelles et à en devenir, nous considérons avoir l'obligation de questionner constamment nos pratiques afin de toujours nous dépasser pour permettre aux personnes de se faire entendre et de développer leurs compétences. Cette expérience de groupe a été pour nous une manière concrète de donner une voix à des personnes trop souvent encore prises en charge et non suffisamment considérées comme expertes de leur propre situation. En effet, tous les intervenants ne sont pas au même point, tous ne reconnaissent pas à un même degré les compétences des usagers. Pour qu'une telle intervention de groupe atteigne réellement ses objectifs, il est essentiel que les équipes d'intervenants du milieu de pratique soient parties prenantes d'un tel projet. En phase de préparation du groupe,

nous recommandons de prendre le pouls des équipes et des gestionnaires pour évaluer leur ouverture à soutenir le projet. En ce qui concerne le soutien, nous entendons encourager les usagers dans leur démarche et donner suite aux travaux du groupe. Dans ce cas-ci, les travaux du groupe impliquaient un investissement financier des gestionnaires (pour le matériel des affiches, leur laminage). Du temps était également alloué aux équipes pour parler du projet avant sa mise en place, mais aussi pendant tout le processus pour les informer des acquis globaux réalisés par les participants et assurer une continuité de l'intervention de groupe (ex. : faciliter des discussions et des points de repère avec les participants sur les thèmes abordés).

## Descripteurs :

Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec). Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle // Service social des groupes // Déficience intellectuelle - Aspect social // Appropriation psychosociale // Santé mentale - Aspect social

Social group work // Intellectual disability - Social aspects // Empowerment // Mental health - Social aspects

## Références

- Bernier, S. (2009). *Déficits neuropsychologiques chez la clientèle DI et DI-TED présentant des TGC*. Conférence présentée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2006). *Énoncé de valeurs éthiques*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moore Sohlberg, M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press: London.
- Taillefer, C. (2004). *Rééducation du syndrome dysexécutif en ergothérapie*, dans [www.medecinephysique.net/pdf/ergo\\_synd\\_dysexecutif.pdf](http://www.medecinephysique.net/pdf/ergo_synd_dysexecutif.pdf).
- Tremblay, M., Richer, L., Côté, A., Lachance, L., et Poulin, J.-R. (2004). À quels types de comportement la capacité d'autorégulation est-elle liée? *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, numéro spécial, mai, 41-45. Consultée le 6 juin 2011.
- Turcotte, D., et Lindsay, J. (2001). *L'intervention sociale de groupe*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Vallat-Azouvi, C., Azouvi, P., et Pradat-Diehl, P. (2007). *Rééducation des troubles de l'attention et de la mémoire de travail* : [ttp://tdah.be/Bordeaux/attentionCVallat.pdf](http://tdah.be/Bordeaux/attentionCVallat.pdf). Consultée le 6 juin 2011.

# Importance des échanges entre chercheurs et praticiens pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques : études de cas en centre jeunesse

par

*M.-J. Gervais*, Cand. Ph. D.

Université du Québec à Montréal

Chaire d'étude sur l'application des connaissances

Courriel : gervais.marie-joelle@courrier.uqam.ca

*François Chagnon*, Ph. D.

Professeur

Université du Québec à Montréal

Titulaire de la Chaire étude CJM-IU-UQÀM

sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté

*Cécile Tron-Bardon*, Cand. Ph. D.

Université du Québec à Montréal

Chaire d'étude sur l'application des connaissances

*André Paccioni*, Ph. D.

Université du Québec à Montréal

Chaire d'étude sur l'application des connaissances

Literature review. Results of a study seeking a better understanding of the processes by which the frequent exchanges between clinicians, managers and researchers increase the use of scientific knowledge by social workers.

Revue de littérature. Résultats d'une recherche visant à mieux comprendre par quels processus les échanges fréquents entre intervenants, gestionnaires et chercheurs augmentent l'utilisation des connaissances scientifiques par les praticiens.

## Introduction de la problématique

Malgré des investissements importants et un courant favorable au développement d'interventions psychosociales fondées sur les

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 69-78.

connaissances issues de la recherche, il existe un écart entre la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en ce domaine. Des recherches récentes effectuées au Canada montrent que, même lorsque les connaissances scientifiques leur sont accessibles, les gestionnaires et les planificateurs dans le domaine psychosocial les utilisent peu souvent dans le cadre de leurs tâches (Barwick et al., 2008; Belkhouja, Amara, Landry et Ouimet, 2007). Tout comme au Canada, les organisations de services psychosociaux ailleurs dans le monde se heurtent à des obstacles de taille en matière d'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion. Par exemple, aux États-Unis et en Australie, plusieurs rapports font mention de l'écart important entre les meilleures pratiques qui sont développées et leur utilisation au sein des interventions psychosociales (Holzer, Lewig, Bromfield et Arney, 2007; New Freedom Commission on Mental Health, 2003).

Comment fait-on pour augmenter l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des interventions psychosociales et quels sont les facteurs clés de ce processus? Afin de répondre à cette question, de nombreuses recherches ont été effectuées depuis une vingtaine d'années pour cibler les déterminants les plus importants pouvant favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques (pour une recension, voir Chagnon, Pouliot, Malo, Gervais et Pigeon, 2010). Or, de plus en plus, un déterminant semble ressortir comme central en ce domaine : la fréquence des échanges entre chercheurs et praticiens à toutes les étapes de la réalisation des recherches scientifiques.

Cet article vise à mieux comprendre par quels processus l'établissement d'échanges fréquents entre chercheurs et praticiens influence l'utilisation des connaissances scientifiques. De ce fait, une recension des principales études ayant examiné l'influence de ces échanges sur l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des interventions psychosociales sera exposée.

Par la suite, une étude en centre jeunesse sera présentée afin de montrer comment s'actualise la mise en place de ces échanges pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion.

## Recension de littérature

*Les échanges entre chercheurs et praticiens : un facteur clé afin de favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques*

Afin d'augmenter l'utilisation des connaissances dans les interventions psychosociales, de plus en plus d'auteurs suggèrent de miser sur une variable clé : les échanges entre chercheurs et praticiens. Selon cette hypothèse, « plus les chercheurs et les praticiens investissent dans la mise en place d'échanges continus tout au long du processus de réalisation d'une recherche, plus les données issues de cette recherche seront utilisées » (Landry, Amara et Lamari, 2000). Plusieurs études empiriques effectuées dans le domaine des sciences humaines et sociales démontrent que les échanges directs avec les chercheurs ainsi que l'implication des intervenants et des gestionnaires au sein du processus de recherche sont des facteurs importants pouvant favoriser l'utilisation des connaissances produites (Belkhdja et al., 2007; Chagnon et al., 2010; Innvaer, Vist, Trommald et Oxman, 2002; Landry et al., 2000).

Plusieurs modèles théoriques développés au sein de la littérature soulignent également l'importance de considérer les échanges directs avec les chercheurs ainsi que l'implication des praticiens au sein du processus de recherche comme variables centrales afin de favoriser l'utilisation des connaissances (Chagnon, Houle, Daigle, Mishara et Bardon, 2008; Huberman, 1987; Palinkas et al., 2008). Par exemple, Chagnon et ses collègues (2008) proposent que la fréquence des échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires soit un concept déterminant de l'utilisation des connaissances scientifiques puisqu'il contribuerait à favoriser la réceptivité envers ces connaissances et à augmenter l'utilité et la crédibilité perçues de celles-ci pour la pratique. Quant à eux, Palinkas et ses collègues (2008) démontrent que l'élément le plus important pour favoriser l'adoption d'une nouvelle pratique clinique est constitué des interactions entre les chercheurs

ayant mis au point cette pratique et les cliniciens qui doivent l'utiliser. Afin de mesurer la mise en place de ces interactions, les auteurs font la distinction entre les interactions officielles, c'est-à-dire les échanges dans le cadre du programme visant à implanter la nouvelle pratique et les échanges informels se produisant en dehors des heures de travail. L'étude montre que les échanges officiels et informels permettent de favoriser le lien de confiance entre chercheurs et cliniciens ainsi que la réceptivité envers le nouveau traitement.

Enfin, les établissements offrant des services psychosociaux au Québec adoptent de plus en plus des stratégies qui misent sur les échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires afin d'augmenter l'utilisation des connaissances scientifiques et la qualité des pratiques cliniques et de gestion (Cloutier, Carrier et Turcotte 2003; Gervais et Chagnon, 2010; Paquette et Laporte, 2007). Citons le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire qui favorise, depuis quelques années, les projets de recherche reposant sur une participation conjointe des intervenants, des gestionnaires et des chercheurs qui doivent mettre à profit leurs expertises et leurs savoirs à toutes les phases de mise en œuvre (Paquette et Laporte, 2007).

### *Passer du quoi au comment*

De plus en plus, la fréquence des échanges entre intervenants, gestionnaires et chercheurs ainsi que l'implication des praticiens au sein du processus de recherche sont vues comme des variables centrales afin de favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des interventions psychosociales. Malgré ces avancées intéressantes, très peu d'études, à notre connaissance, se sont attardées à mieux comprendre comment les échanges entre chercheurs et praticiens influencent le processus d'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion. Au-delà de l'établissement d'échanges fréquents entre chercheurs et praticiens lors de la réalisation de recherches scientifiques, on connaît peu les conditions à mettre en place afin de s'assurer qu'une telle relation aboutisse réellement à une augmentation de l'utilisation des connaissances scientifiques. La présente étude vise à répondre à la question suivante : sur quels processus doit-on miser afin que l'établissement

d'échanges fréquents entre chercheurs, intervenants et gestionnaires conduise à une augmentation de l'utilisation des connaissances scientifiques? Une meilleure compréhension de ces processus permettrait d'améliorer l'efficacité des stratégies qui misent sur les échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques.

## **Méthodologie**

### *Contexte et objectifs de l'étude*

Cette étude fait partie d'un programme de recherche plus vaste qui avait pour objectif d'examiner différentes expériences de collaboration entre la recherche et la pratique au sein des centres jeunesse (Chagnon, Paccioni et Gervais, 2009). Plus précisément, la présente étude vise à mieux comprendre par quels processus l'établissement d'échanges fréquents entre intervenants, gestionnaires et chercheurs influence l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion en centre jeunesse.

### *Participants*

Les projets retenus (N = 3) sont constitués de trois expériences de collaboration entre la recherche et la pratique qui impliquent la participation d'intervenants, de gestionnaires et de chercheurs. Ces projets ont été sélectionnés dans une logique d'échantillonnage intentionnel (Patton, 2002) en fonction des quatre critères suivants : a) importance de la collaboration entre la recherche et la pratique au cours du projet; b) importance de l'investissement en matière de ressources humaines et financières; c) importance stratégique considérant la problématique en cause et les impacts attendus du projet; d) projet ayant cours depuis au moins une année.

*Projet A.* Ce projet est implanté depuis 1999 auprès des adolescentes hébergées dans des unités de réadaptation du centre jeunesse de Montréal. À ce jour, ce projet est appliqué dans neuf unités d'adolescentes qui comprennent de 12 à 15 jeunes. Les impacts de ce projet devraient se traduire par un abandon progressif des attitudes et des comportements problématiques au profit de l'intégration d'habiletés et de pensées prosociales. Afin d'assurer le

rapprochement entre l'équipe de chercheurs et les intervenants responsables de l'implantation du projet, une chargée de projet a été engagée spécifiquement pour assurer l'interface entre ces deux groupes. Des mécanismes de diffusion de l'état d'avancement du projet sous forme de bulletins, d'affiches, de séances d'information et de plénières sont également organisés une fois par mois afin de stimuler la participation des intervenants et des gestionnaires au sein du projet. Ces expériences de collaboration sont l'occasion pour les chercheurs, les intervenants et les gestionnaires de partager leurs connaissances pratiques et théoriques. Elles permettent également aux intervenants et aux gestionnaires d'échanger, de façon régulière, leurs impressions sur les premières retombées sur la clientèle avec les trois chercheurs responsables du projet. La mise en œuvre du projet a été soutenue par des investissements financiers provenant à la fois de l'équipe de recherche et de la direction du centre jeunesse de Montréal.

*Projet B.* Ce projet est issu d'un comité mis sur pied par la Table de la direction de la protection de la jeunesse en 1995 et est destiné à la clientèle des enfants (0-5 ans) en situation de délaissement ou d'abandon. Il a été implanté en 2002 dans quatre unités expérimentales puis étendu dès 2003 dans 14 unités réparties dans la plupart des centres jeunesse de l'île de Montréal. En se basant sur une approche participative, le chercheur responsable du projet s'est impliqué activement au sein des comités d'implantation mis en place dans les différents centres jeunesse. Cela a permis, dès l'implantation du projet, de créer un climat de confiance entre ce chercheur et les intervenants et les gestionnaires appelés à mettre en œuvre le projet. Les intervenants et les gestionnaires responsables de l'actualisation du projet se sont également engagés dans un processus de formations interactives, par le biais de rencontres mensuelles, avec le chercheur responsable et des assistants de recherche. Ces formations interactives leur ont permis de rencontrer directement les membres de l'équipe de recherche et de manifester leurs besoins d'ajustements concernant certains aspects du projet. Enfin, des investissements, provenant à la fois de l'équipe de recherche et de la direction des établissements, ont permis d'accorder du temps aux intervenants et aux gestionnaires afin qu'ils

puissent participer activement à toutes les étapes de mise en œuvre du projet.

*Projet C.* Ce projet a été mis sur pied en mai 2006 au sein d'un centre jeunesse à Montréal. Il s'articule autour de cinq missions – la recherche, l'enseignement, l'évaluation, le transfert de connaissances et les pratiques de pointe – et est orienté vers deux axes d'expertise – les troubles de comportement et la délinquance. Par la création de ce projet, on souhaiterait accentuer la présence des chercheurs au sein des tables de concertation et dans les comités cliniques des équipes d'intervention de manière à maintenir l'intérêt des intervenants et des gestionnaires pour la collaboration. Un coordonnateur, deux chercheurs principaux ainsi qu'une vingtaine d'intervenants et de gestionnaires sont au cœur du maintien du projet. Ces acteurs sont responsables de la mise en place de stratégies favorisant les échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires (veille clinique, promotion auprès des milieux de pratique, services-conseils, séminaires mensuels, etc.) afin d'intégrer les connaissances produites par la recherche et l'expertise clinique. Par exemple, tous les matins, les chercheurs et le coordinateur sont responsables de vérifier si des connaissances scientifiques peuvent soutenir l'action quotidienne des intervenants et des gestionnaires. Ces connaissances sont ensuite diffusées par courriel grâce à un bulletin électronique. Un séminaire de recherche est également organisé annuellement, où une centaine d'étudiants, de professeurs universitaires, d'intervenants et de gestionnaires viennent partager leurs expériences. Ce projet a bénéficié d'un important soutien financier de l'équipe de direction du centre jeunesse, puisqu'il s'inscrit directement dans le mandat de l'organisation, soit de promouvoir l'innovation sociale et le développement de pratiques de pointe.

#### *Variables à l'étude*

*Le rôle des échanges dans l'utilisation des connaissances.* La variable « rôle des échanges dans l'utilisation des connaissances » fait référence aux processus par lesquels les échanges fréquents entre chercheurs, intervenants et gestionnaires favorisent l'utilisation des connaissances scientifiques issues d'un projet de recherche. Cette variable a été mesurée

à l'aide de questions ouvertes visant à comprendre l'influence des collaborations avec les milieux de recherche sur l'accès et l'utilisation des connaissances scientifiques issues des trois projets à l'étude (p. ex. : Comment la collaboration avec les chercheurs a-t-elle favorisé l'utilisation des connaissances ayant été produites dans ce projet?).

#### *Procédure*

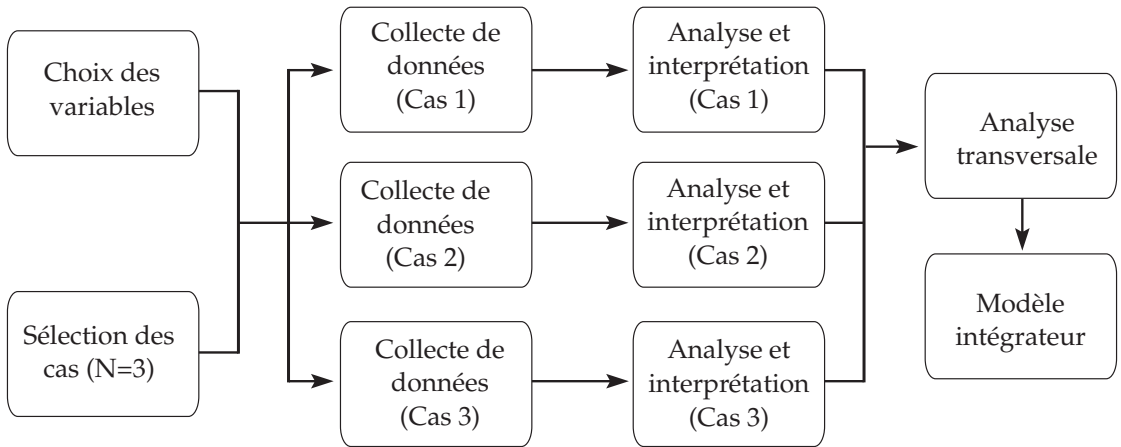
Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées à partir de questions ouvertes auprès d'intervenants (N = 15) et de gestionnaires (N = 15) ayant pris part à chacun des projets à l'étude. Trois thèmes ont été abordés avec chaque participant lors des entrevues individuelles. Des questions ont d'abord porté sur l'expérience de collaboration entre les intervenants, les gestionnaires et les chercheurs dans le cadre de chacun des projets à l'étude (p. ex. : Pourriez-vous décrire comment se déroulent vos collaborations avec les chercheurs dans le contexte du projet?). Par la suite, le type d'utilisation des connaissances scientifiques dans les interventions cliniques et de gestion a été abordé (p. ex. : Comment les connaissances scientifiques développées dans le cadre du projet ont-elles été utilisées?). Enfin, des questions visaient à examiner les processus par lesquels l'établissement d'échanges favorise l'utilisation des connaissances scientifiques (p. ex. : Comment la collaboration avec les chercheurs a-t-elle favorisé l'utilisation des connaissances ayant été produites dans ce projet?).

Une fois les données des entretiens individuels analysées, trois entrevues de groupe ont été réalisées. Pour chacun des projets à l'étude, les participants ayant pris part aux entrevues individuelles ont été réunis afin de valider et d'enrichir l'analyse du matériel recueilli lors des entrevues individuelles. Le consentement écrit a été obtenu au préalable à leur participation aux entrevues et un certificat éthique a été octroyé par l'Université du Québec à Montréal.

#### *Stratégie d'analyse des données*

Les données des entrevues individuelles (N = 30) et de groupe (N = 3) ont été transcrites intégralement. L'analyse de contenu thématique (Blais et Martineau, 2006) a été utilisée comme mode de réduction du matériel. Une

Figure 1. Modélisation de la stratégie d'analyse



grille de codification a été constituée et révisée à partir des cinq premiers verbatims d'entrevues individuelles. Un accord inter juge entre deux évaluateurs indépendants a été établi sur l'analyse de 15 % des verbatims suivants.

La technique permettant de proposer un modèle explicatif à partir de l'analyse de plusieurs études de cas a été utilisée (Yin, 2009). Chaque cas a d'abord été analysé séparément. Ce faisant, il a été possible de proposer un modèle explicatif décrivant les processus par lesquels l'établissement d'échanges fréquents entre chercheurs et praticiens favorise l'utilisation des connaissances scientifiques pour chacun des trois cas à l'étude. Un deuxième niveau d'analyse (transversal) a constitué en une comparaison des résultats obtenus pour chacun des trois cas à l'étude. L'analyse transversale a permis de s'assurer de la cohérence et de la généralisation des résultats au-delà

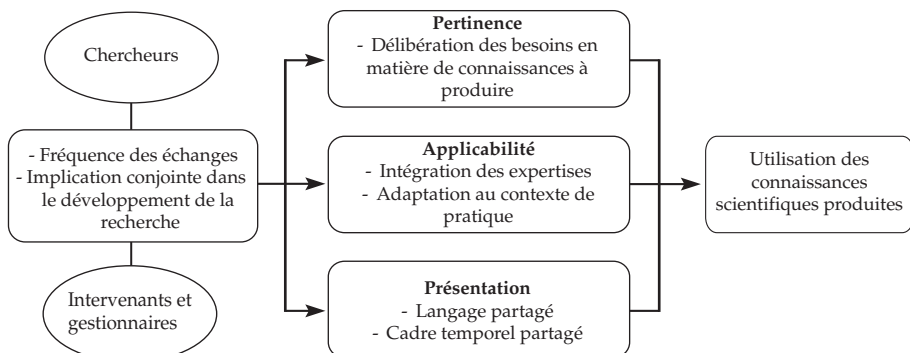
des différences individuelles associées à chacun des cas à l'étude. La figure 1 représente la modélisation de la stratégie d'analyse qui a été employée lors de l'étude.

### Résultats

#### *Processus par lesquels les échanges favorisent l'utilisation des connaissances scientifiques*

L'importance de miser sur des échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires lors de la réalisation de recherches scientifiques a été mentionnée par une majorité d'intervenants (N = 12/15) et de gestionnaires (N = 11/15) interrogés. L'établissement d'échanges fréquents augmenterait l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion puisqu'il permettrait de favoriser la pertinence, l'applicabilité et une présentation adéquate des connaissances scientifiques produites.

Figure 2. Processus par lesquels les échanges favorisent l'utilisation des connaissances scientifiques



*Favoriser la pertinence des connaissances scientifiques produites.* La pertinence renvoie à l'adéquation entre le type de connaissances scientifiques produites et les besoins en matière de connaissances des intervenants et des gestionnaires. Le tiers des intervenants et la moitié des gestionnaires rapportent que la mise en place d'échanges lors de la réalisation des recherches permettrait aux différents acteurs de s'entendre sur les besoins prioritaires en matière de connaissances scientifiques à produire.

« Les échanges, un brainstorming ensemble, permettent de s'assurer qu'on va s'entendre sur le type de connaissances à produire (...) que les besoins de chacun sont comblés et que la collaboration soit gagnante-gagnante. »

En ce sens, une implication conjointe des intervenants, des gestionnaires et des chercheurs dans le processus de développement des connaissances scientifiques permettrait aux chercheurs d'exprimer leurs besoins en matière de production de connaissances.

« Ces discussions que j'ai eues avec la chercheuse m'ont permis de mieux comprendre ce qu'elle attendait de la recherche et ce qu'elle voulait en tirer en terme de données. »

Cette implication conjointe et la mise en place d'échanges fréquents s'avèrent également primordiales afin de donner l'occasion aux intervenants et aux gestionnaires de communiquer aux chercheurs leurs attentes et leurs besoins en matière de production de connaissances scientifiques. Une meilleure compréhension de ces attentes et de ces besoins permettrait de produire des connaissances scientifiques à la fois pertinentes en fonction des thèmes de recherche des chercheurs, mais également adaptées aux besoins des intervenants et des gestionnaires. Les connaissances scientifiques ainsi produites auraient beaucoup plus de chance d'être perçues comme pertinentes et utilisées au sein des pratiques cliniques et de gestion.

« Les chercheurs, ils ont leurs champs d'expertise, ils ont leurs thèmes de recherche mais ça ne touche pas nécessairement les préoccupations terrains. Pour la production de cet outil, on a parlé aux chercheurs pour pouvoir leur faire part de nos préoccupations terrains et de nos besoins. Comme ça, on s'est assurés que l'outil soit pertinent par rapport à nos besoins

et utilisé tout en répondant aux attentes des chercheurs. »

*Favoriser l'applicabilité des connaissances scientifiques produites.* L'applicabilité fait référence au degré avec lequel les connaissances scientifiques rendues disponibles sont adaptées en fonction des contextes de pratique des intervenants et des gestionnaires. Le tiers des intervenants et des gestionnaires ont mentionné que les échanges avec les chercheurs seraient primordiaux pour favoriser la mise en commun de leurs expertises lors du processus de développement des connaissances scientifiques. Ce processus de codéveloppement des connaissances permettrait que les savoirs et les expertises détenus par les trois groupes d'acteurs, soit les chercheurs, les intervenants et les gestionnaires, soient reconnus.

« Comme gestionnaire t'as de l'expérience, ta pratique, il y a des choses que tu sais et que le chercheur ne sait pas et vice versa. Les rencontres où le chercheur présente ses résultats, où l'on peut l'interpeller, enrichir en fonction de notre connaissance du terrain permettent que les expertises, autant les nôtres que celles des chercheurs, soient reconnues et mises à profit. »

Selon les répondants, les intervenants et les gestionnaires sont les mieux placés pour rendre compte des contraintes associées à la prestation de services au sein d'une organisation. Les chercheurs, quant à eux, possèdent une très grande expertise méthodologique et une bonne connaissance de la littérature scientifique. Cela dit, le processus de codéveloppement permettrait de produire des connaissances scientifiques qui soient à la fois valides sur le plan scientifique et adaptées en fonction des contraintes propres au contexte organisationnel. Ces connaissances scientifiques, plus applicables et utiles en fonction du contexte de pratique quotidien des intervenants et des gestionnaires, seraient ainsi davantage utilisées au sein des pratiques cliniques et de gestion.

« Comme gestionnaire, on doit être capable de s'appuyer sur des données de recherche pour articuler des programmes. Par contre, il faut s'assurer que les données qui sont produites sont utilisables en fonction de la situation particulière de notre établissement. »

« Les chercheurs connaissent très bien la littérature scientifique et ont généralement

une grande expertise côté métho, mais ils ne connaissent pas nécessairement toutes les spécificités de notre milieu d'intervention. Des fois ils peuvent produire un outil clinique très valide, mais qui n'est pas utilisable parce qu'il prend une heure à remplir alors que comme intervenant on n'a pas ce temps-là. Pour que cet outil-là soit applicable et utilisé, il faut pouvoir le codévelopper conjointement avec les chercheurs et leur faire part de notre réalité d'intervention. »

*Favoriser la présentation adéquate des connaissances scientifiques produites.* La présentation adéquate renvoie au degré avec lequel les formats et les délais de production des connaissances scientifiques rendues disponibles sont adaptés au milieu dans lequel les intervenants et les gestionnaires évoluent. Environ le quart des intervenants et des gestionnaires rapporte que la mise en place d'échanges fréquents avec les chercheurs permettrait d'établir un langage partagé et de s'entendre sur une définition commune des termes et des notions de base utilisés lors du processus de recherche.

« Alors je pense que d'avoir le même langage, une même façon de définir de quoi on parle lorsque l'on est en train de mener la recherche, alors moi je pense que c'est comme ça que je le vois concrètement le retour de ces échanges avec les chercheurs. »

Selon les intervenants et les gestionnaires ayant participé à l'étude, l'établissement d'un langage partagé et la clarification de certains termes scientifiques permettraient que le sens des connaissances scientifiques qui sont produites soit mieux compris, ce qui augmenterait leur utilisation au sein des pratiques cliniques et de gestion.

« Il y a des intervenants, ce n'est pas qu'ils étaient contre l'utilisation d'un outil validé, mais ils accrochaient sur les termes, parce qu'ils voyaient ça plus négatif que c'était. Alors là on allait voir la chercheuse et elle nous expliquait ce qu'elle voulait dire, le sens des termes, et après ils comprenaient à quoi cela correspondait par rapport à ce qu'ils vivaient dans leur quotidien et ils avaient moins de réticences à utiliser l'outil. »

Au-delà de l'établissement d'un langage partagé, la moitié des intervenants et des gestionnaires mentionne que la mise en place d'échanges fréquents permettrait également de négocier un cadre temporel commun.

Malgré le fait qu'il faille prendre le temps nécessaire pour produire des connaissances scientifiques valides, un trop long délai de production diminue cependant la possibilité d'utiliser les résultats produits.

« On a reçu les résultats quatre ans plus tard, et là ça ne faisait même plus de sens avec ce qu'on vivait. Notre clientèle avait changé et ce n'était même plus les mêmes intervenants qui étaient là. Alors on a eu l'impression d'une perte de temps. »

Selon les répondants, la mise en place d'échanges lors de la réalisation de la recherche permettrait aux intervenants et aux gestionnaires d'avoir accès à des résultats préliminaires en plus de faire connaître aux chercheurs les contraintes temporelles auxquelles les praticiens font face. Les connaissances scientifiques produites auront, ainsi, davantage de chance d'être présentées en temps opportun et seront plus utilisées dans les pratiques cliniques et de gestion.

« Comme gestionnaire, on a des *time frames* assez courts. Je pense que pour favoriser l'utilisation des connaissances, il faut avoir des réponses *rapido*. Avoir des rencontres régulières avec les chercheurs nous permet de recevoir régulièrement un *feedback* de l'avancement des travaux. Également ça nous permet de leur faire connaître notre réalité et l'importance pour nous d'avoir des résultats rapidement. »

## Discussion

En concordance avec plusieurs études effectuées dans le domaine des sciences humaines et sociales (Belkhdja et al., 2007; Chagnon et al., 2010; Gervais et Chagnon, 2010; Innvaer et al., 2002; Landry et al., 2000; Palinkas, 2008), une majorité d'intervenants et de gestionnaires interrogés lors de l'étude disent accorder de l'importance aux échanges directs avec les chercheurs afin de favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques. Les résultats montrent que l'établissement d'échanges fréquents favoriserait l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion puisqu'il augmente la pertinence et l'applicabilité, et assure une présentation adéquate des connaissances scientifiques produites.

L'analyse des trois projets à l'étude souligne que les échanges avec les chercheurs et l'augmentation des connaissances scientifiques découlant de ces échanges génèrent des retombées importantes. Ainsi, les intervenants utiliseraient maintenant davantage les connaissances scientifiques pour valider les outils cliniques qu'ils utilisent ou encore pour améliorer les interventions qu'ils effectuent quotidiennement. L'utilisation des connaissances scientifiques par ces intervenants donnerait lieu à des retombées importantes, soit l'augmentation de la qualité, de l'efficacité et de la crédibilité de leurs interventions cliniques quotidiennes. La collaboration avec la recherche contribuerait également à l'amélioration des outils d'intervention, permettrait de mieux défendre la position clinique des intervenants devant les tribunaux et de mieux organiser la pensée clinique.

En ce qui a trait aux gestionnaires, l'étude montre que la collaboration avec les chercheurs influence les pratiques, car elle apporte de la rigueur aux interventions. Cette collaboration constitue, pour les gestionnaires, l'occasion de réfléchir et de prendre du recul sur leurs pratiques professionnelles dans une dynamique de réflexivité. Des retombées organisationnelles seraient également associées aux échanges entre gestionnaires et chercheurs et à l'utilisation des connaissances qui en découlent, soit une planification plus efficiente des programmes à implanter en fonction des bénéficiaires, des risques et des coûts reliés à ceux-ci. Cela dit, l'étude des trois projets fait ressortir la complémentarité de la pratique et de la recherche, en ce sens que les intervenants et les gestionnaires influencent et alimentent les chercheurs qui, à leur tour, par le biais de l'évaluation, permettent aux intervenants et aux gestionnaires de constater l'impact des projets sur la clientèle qu'ils desservent.

L'étude suggère également que les échanges entre chercheurs, gestionnaires et intervenants doivent servir des fonctions de délibération en matière de type de connaissances à produire, de reconnaissance des expertises de chacun des acteurs et d'établissement d'un langage et d'un cadre temporel partagés. La mise en place de ces processus augmenterait l'efficacité des stratégies visant l'utilisation des connaissances scientifiques, qui misent sur les échanges entre

chercheurs, intervenants et gestionnaires lors de la réalisation de recherches scientifiques. Notons cependant que la mise en place de ces processus demande du temps et des ressources supplémentaires, tant d'un point de vue de l'organisation partenaire que de l'équipe de recherche.

Une analyse des facteurs ayant facilité l'implantation des trois projets décrits au sein de cette étude permet de mieux comprendre les éléments à mettre en place afin de soutenir les stratégies misant sur les échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires en centre jeunesse. Un premier élément repose sur une mobilisation accrue des organisations partenaires au sein desquelles travaillent les intervenants et les gestionnaires. La mobilisation des organisations nécessiterait d'abord un leadership fort et affiché quant à l'importance accordée à l'utilisation des connaissances scientifiques afin d'améliorer les pratiques cliniques et de gestion. Une mobilisation accrue requiert également l'investissement de ressources financières et humaines afin de soutenir les intervenants et les gestionnaires qui prennent part au développement des connaissances scientifiques. Étant donné les exigences que pose le processus de codéveloppement de connaissances, les intervenants et les gestionnaires doivent faire preuve de motivation et d'habiletés, mais aussi bénéficier de temps pour associer cette activité à leurs obligations de prestation de services. Enfin, la mobilisation des organisations nécessiterait la mise en place d'activités permettant les échanges officiels et informels entre intervenants, gestionnaires et chercheurs. Ces activités peuvent prendre plusieurs formes, telles que des dîners-conférences, des formations cliniques offertes par un chercheur, des séminaires ou des ateliers permettant la délibération et l'échange de connaissances entre chercheurs, intervenants et gestionnaires ainsi que la création d'un journal de recherche institutionnel.

Un second élément, qui serait complémentaire à la mobilisation des organisations, repose sur la mobilisation des équipes de recherche. Les chercheurs voulant favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques ont comme double mandat de présenter des résultats de recherche pertinents et adaptés en fonction des besoins

d'un milieu de pratique tout en assurant la production de connaissances respectant les standards de validité scientifique. Les chercheurs évoluant dans un milieu, universitaire ou institutionnel, qui soutient et encourage la recherche misant sur le codéveloppement des connaissances scientifiques sont plus à même de pouvoir répondre à ce double mandat. La mise en œuvre de projets de recherche qui s'appuient sur des stratégies d'échanges demande également de développer une dynamique de partage du pouvoir avec les partenaires de la pratique au sein du processus de recherche. Les chercheurs ouverts à la collaboration et qui respectent l'expertise des intervenants et des gestionnaires ont plus de facilité à prendre part à une dynamique qui mise sur le partage du pouvoir décisionnel et sur les échanges soutenus. Enfin, les chercheurs voulant favoriser les échanges avec les praticiens et l'utilisation des connaissances sont appelés à faire des efforts pour mettre en contexte et communiquer les connaissances scientifiques produites. Plusieurs stratégies peuvent être utilisées à cette fin : publier des articles vulgarisés, donner des conférences au sein même des organisations partenaires, inviter des intervenants et des gestionnaires à participer à la préparation de congrès scientifiques, etc. Ici encore, l'analyse démontre l'importance d'un effort conjoint des chercheurs, des intervenants et des gestionnaires afin d'augmenter l'efficacité des stratégies visant l'utilisation des connaissances scientifiques en centre jeunesse.

### **Limites et conclusion**

La petite taille de l'échantillon et l'homogénéité des milieux étudiés peuvent limiter la portée et la généralisation des résultats. Cette étude doit donc être considérée comme l'un des premiers jalons pour mieux comprendre les processus en cause dans l'utilisation des connaissances scientifiques chez les intervenants et les gestionnaires et il est de fait évident que d'autres facteurs devront être examinés dans cette équation complexe. Malgré ces limites, l'étude a permis une meilleure compréhension des processus par lesquels l'établissement d'échanges continus entre chercheurs, intervenants et gestionnaires favorise l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des interventions psychosociales. Bien qu'ils exigent

l'investissement de ressources supplémentaires, la fréquence des échanges entre chercheurs, intervenants et gestionnaires ainsi que le codéveloppement des connaissances scientifiques ressortent comme des stratégies prometteuses afin de maximiser l'utilisation des connaissances scientifiques au sein des pratiques cliniques et de gestion en centre jeunesse.

### **Descripteurs :**

Relations praticiens-chercheurs // Transfert d'apprentissage // Travailleurs sociaux - Formation en cours d'emploi

Relationships between scientists and social workers // Social workers - Continuing education

## Références

- Barwick, M., Boydell, K., Stasiulis, E., Ferguson, H. B., Blase, K., & Fixsen, D. (2008). Research utilization among children's mental health providers, *Implementation Science*, 3, 19.
- Belkhdja, O., Amara, N., Landry, R., & Ouimet, M. (2007). The extent and organizational determinants of research utilization in canadian health services organizations, *Science Communication*, 28 (3), 377-417.
- Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes, *Recherche qualitative*, 26 (2), 1-18.
- Chagnon, F., Houle, J., Daigle, M., Mishara, B. L., et Bardon, C. (2008). Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide : vérification d'une stratégie fondée sur la communauté de pratique, *Frontières*, 21 (1), 90-97.
- Chagnon, F., Paccioni, A., et Gervais, M.-J. (2009). *Étude des expériences de collaboration entre la pratique et la recherche*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Chagnon, F., Pouliot, L., Malo, C., Gervais, M.-J., & Pigeon, M.-È. (2010). Comparaison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services, *Implementation Science*, 5, 41.
- 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.
- Gervais, M.-J., & Chagnon, F. (2010). *Evidence based management in child welfare services: a process evaluation*. Montréal: Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw.
- Holzer, P., Lewig, K., Bromfield, L., & Arney, F. (2007). *Research use in the Australian child and family welfare sector*. Australian Institute of Family Studies, National Child Protection Clearinghouse.
- Huberman, A. M. (1987). Steps toward and integrated model of research utilization, *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 8, 586-611.
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M., & Oxman, A. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review, *Journal of Health Services Research & Policy*, 7 (4), 239-244.
- Landry, R., Amara, N., et Lamari, M. (2000). *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*. Chaire sur la dissémination et l'utilisation de la recherche.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Hoagwood, K., Landsverk, J., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2008). An ethnographic study of implementation of evidence-based treatments in child mental health: First steps, *Psychiatric Services*, 59 (7), 738-746.
- Paquette, F., et Laporte, C. (2007). *Modélisation des Centres d'innovation dans le cadre de la planification stratégique de la mission universitaire du CJM-IU*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yin, R. (2009). *Case study research: Design and method* (4rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

# Travail social, immigration et innovations : l'expérience Kouzin Kouzin'

par

*Merlaine Chrispin.-Brutus, T.S., M.S.s.*

Directrice

Entraide bénévole Kouzin Kouzin'

Courriel : merl.com@sympatico.ca

*Ghislaine Legendre, M.A., criminologue*

Administratrice

Entraide bénévole Kouzin Kouzin'

Presentation of *Entraide bénévole Kouzin Kouzin'* (Montreal), which works with immigrants: philosophy, social services in the home, and programs.

Présentation de l'organisme Entraide bénévole Kouzin Kouzin' (Montréal) qui travaille avec des personnes immigrantes : philosophie, interventions psychosociales à domicile et programmes.

Le Québec constitue depuis ses débuts une terre d'immigration d'abord d'origine européenne, puis par la suite de différentes origines (Collectif, 1995). De plus, au XIX<sup>e</sup> siècle, si la plupart de ces immigrants s'établissaient à Montréal, certains, d'origines diverses, choisissaient tout de même d'aller s'établir ailleurs, notamment à Val-d'Or où plusieurs travaillaient dans l'extraction des mines d'or. D'autres, par exemple, ont fait de Saint-Armand leur refuge; l'existence à cet endroit d'un cimetière où reposent des Noirs en témoigne (Collectif, 1995). Avant la Première Guerre mondiale et à la suite de la deuxième, vers les années 1950, on a vu arriver de nombreux immigrants italiens qui se sont installés à Montréal (Ramirez, 1988). À partir des années 1970 et après l'Exposition universelle de Montréal, des vagues d'immigrants vinrent,

à leur tour, s'établir au Québec en se concentrant dans la métropole.

Le paysage démographique et social de la métropole s'est, dès lors, transformé et les structures de l'État se sont heurtées aux us et coutumes différents de ceux du Québec. Les hôpitaux, les écoles, les CLSC, les centres jeunesse, etc., ont eu de nouveaux défis à relever. Pensons aux situations où les intervenants de ces institutions ont été portés à adresser en grand nombre à la DPJ, pour mauvais traitements, beaucoup d'enfants d'origine immigrante (Messier, Doray et Parisien, 1992) dans le cadre de la mise en application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Ces enjeux ont provoqué l'émergence d'initiatives provenant en particulier du domaine social : création d'organismes, organisation de colloques, séances d'information et de formation offertes aux intervenants, mise sur pied de comités de relations interculturelles dans des institutions, etc.

Des travailleurs sociaux furent plongés au cœur de l'action, certains pour éclairer par leurs écrits et leurs analyses le choc culturel en émergence tant chez les nouveaux arrivants que chez les Québécois, tels des intervenants engagés dans l'approche de l'étranger (Cohen-Emerique, 1984; Messier, Doray et Parisien, 1992) et d'autres, dans la mise en place d'interventions novatrices et créatives plus près du vécu des communautés (Cloutier, 2007). Confrontés à l'évolution de la réalité, les établissements et les travailleurs sociaux qui y travaillent furent sensibilisés à la nécessité de s'adapter.

Dans les pages qui suivent nous décrirons le contexte de conception de l'intervention Kouzin Kouzin' par un groupe d'intervenants parmi lesquels se trouvaient des travailleurs sociaux. Nous énoncerons les lignes de force guidant la démarche des créateurs, puis les caractéristiques novatrices de cette pratique, jointe à la médiation interculturelle. Nous ferons ressortir, illustrées par un diagramme, ses applications pratiques à travers les

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.  
Numéro 134 (2011.1): 79-89.**

programmes mis en place par l'organisme et nous aborderons brièvement la pratique de l'évaluation continue. Des témoignages illustreront l'application du modèle aux différents programmes. Puis nous concluons sur quelques perspectives d'avenir de cette pratique.

## **1. Contexte de création du modèle Kouzin Kouzin'**

Dès 1989, des praticiens sociaux œuvrant dans des institutions publiques de la région de Montréal se trouvant quotidiennement confrontés à des situations de détresse quasi inhumaines ont décidé de se regrouper en vue de chercher des moyens d'interventions alternatives. Moultes familles immigrantes nouvellement arrivées au Québec, déracinées, isolées, laissant leur réseau de soutien derrière elles, se retrouvaient devant le système socio-judiciaire pour répondre aux accusations de mauvais traitements à l'égard de leurs enfants portées contre elles ou encore répondre des méfaits de leurs enfants, rejetant tout pouvoir parental pour établir leurs propres règles ou obéir à celles d'agitateurs de rue. Ces derniers, en effet, dont plusieurs d'origine haïtienne, menaient différentes manifestations, parfois violentes et rendaient perplexes familles, tribunaux, policiers, enseignants, intervenants sociaux, etc.

Après maints ateliers, recherches, colloques, discussions et consultations, un groupe d'intervenants sociaux œuvrant dans divers secteurs (hôpitaux, écoles, centres jeunesse, etc.) et milieux (Montréal, Laval, Longueuil) décidèrent d'élaborer un projet à caractère alternatif qui devint l'organisme communautaire Entraide Bénévole Kouzin Kouzin' de Montréal Métropolitain, reconnu légalement en 1993. D'abord destiné aux jeunes d'origine haïtienne de Montréal, cet organisme s'est assez rapidement ouvert aux autres groupes culturels et aux Québécois d'origine pour faciliter l'émergence d'une pratique novatrice et prometteuse.

L'Entraide bénévole Kouzin Kouzin' s'est implantée à Montréal dans le quartier Saint-Michel. L'organisme compte six employés, dont deux intervenantes sociales formées en relation d'aide (service social, psychologie, pédagogie et autres) et supervisées par la

directrice générale, elle-même travailleuse sociale. D'autres employés temporaires sont engagés durant l'année pour des programmes ponctuels (camp de jour, entraînement à l'éducation financière, etc.). Des dizaines de bénévoles y apportent leur concours toute l'année.

La clientèle de l'Entraide se compose actuellement de 99 familles (330 enfants et adolescents) d'origine différente (haïtienne, maghrébine, asiatique, latino-américaine, etc.) nouvellement arrivées ou non. Ces familles sont aux prises avec des problèmes matériels (logement exigu ou inadéquat, parfois non sécuritaire pour les enfants), économiques (manque d'emploi, faible accès aux ressources de formation et de garderies), psychologiques (niveau élevé de stress exacerbé par le contexte migratoire, relation parent-enfant, isolement social). Ces problèmes, amplement traités dans la littérature (Moro, 1994; Chrispin-Brutus, 1994; Cohen-Emerique, 1984) sont confirmés par notre expérience sur le terrain.

## **2. Les lignes de force guidant la vision des promoteurs**

Les réflexions et les recherches sur les difficultés des familles immigrantes en processus d'adaptation ont démontré que les principaux facteurs de dysfonctionnement de ces dernières étaient le choc culturel, l'isolement dû à l'absence de réseau de soutien à la compétence parentale en contexte migratoire, la perte d'identité des adolescents et le manque de modèles positifs dans les médias qui véhiculent plutôt des clichés et des comportements négatifs. (Moro, 1994; Chrispin-Brutus, 1994). Les initiateurs du projet parvinrent donc à établir les lignes directrices suivantes pour caractériser de façon distinctive la pratique d'intervention qu'ils voulaient promouvoir, à savoir :

- l'implantation d'un système de soutien et d'entraide entre jeunes basé sur le parrainage étudiant-enfant ou étudiant-adolescent (grand-kouzin, petit-kouzin);
- l'implantation du modèle systémique mettant en constante interrelation tous les membres, tous les faits vécus par chacun dans la famille, lieu privilégié du développement harmonieux de l'enfant. Ce modèle prétend donc que tout fait, tout geste et tout

contact d'un membre de la famille entraîne des répercussions positives ou négatives pour les autres membres du système. On réalisera assez rapidement la pertinence de recourir au modèle écosystémique pour développer des interrelations entre la famille et ses divers environnements;

- la reconstitution d'une famille étendue, caractéristique du mode de vie des cultures traditionnelles. L'expression *kouzin kouzin'* exprime justement la notion de grande famille ou famille étendue. Le proverbe africain « c'est tout un village qui élève un enfant » trouve tout son sens dans le modèle proposé;
- le rôle de voie de passage (passerelle) à l'intégration dévolu à l'organisme afin d'aider les familles à sortir progressivement de leur isolement, à créer des liens de confiance et à élargir leur réseau de soutien dans leur processus d'ouverture au milieu d'accueil;
- la nécessité d'aller à leur rencontre puisque le meilleur moyen de briser l'isolement et le désarroi des familles en processus d'adaptation était de créer une ouverture et ensuite de les intégrer, au fur et à mesure, dans des groupes d'échanges ou de discussion sur leurs difficultés communes. Ultérieurement, nous visons favoriser leur appartenance au quartier ou au milieu dans lequel ils vivent. C'est pourquoi nous considérons notre approche actuelle comme inspirée du modèle d'intervention écosystémique tout en mobilisant d'autres approches et ressources pour aider la famille immigrante à se retrouver d'abord, à se consolider, puis à se fondre dans la nouvelle culture québécoise. Ce faisant, nous définissons notre approche comme une application, à échelle réduite, de la théorie bowenienne des systèmes familiaux appliqués au service social (Brosseau, 2005).

### 3. Des alliances théoriques : le modèle écosystémique et la médiation interculturelle

Plusieurs modèles peuvent être utilisés dans le travail social interculturel. Roy (2008) en énumère et en décrit quelques-uns : le modèle de l'approche interculturelle dans le processus d'aide, le modèle du travail culturellement

« sensible », le modèle systémique adapté à la culture, le modèle de l'approche interculturelle, etc., Rachédi et Legault (2008) proposent pour leur part un modèle interculturel systémique. L'Entraide, de son côté, a choisi le modèle écosystémique allié à la médiation interculturelle dans son approche. Cette alliance favorise une pratique à différents niveaux, tout en mettant l'accent sur les problèmes interculturels qui se posent, permettant ainsi des solutions créatives chez la clientèle par l'intermédiaire de la médiation interculturelle. Celle-ci se définit comme le fait de « rechercher ensemble, par le dialogue et l'échange, un minimum d'accord, un compromis, une passerelle, où chacun se voit respecté dans son identité, dans ses principes de base, tout en se rapprochant de l'autre, le changement étant attendu des deux côtés » (Cohen-Emerique, 2000 : 178). « Le médiateur est celui qui rend compréhensibles, de manière bilatérale, les représentations culturelles, les valeurs et les normes qui y sont associées. Pour ce faire, il a pour rôle de les révéler, de les expliquer, de les mettre en relation. » (Fermi, 1998 : 5). La médiation est donc un préalable à la négociation. Car « diminuer les malentendus favorise la compréhension entre les groupes; puis vient par la suite la négociation. » (De Pury, 2005 : 115).

Dans notre pratique, nous appliquons couramment la médiation interculturelle, qui a l'avantage d'être pratique et fonctionnelle, tout en gardant à l'esprit plusieurs aspects empruntés aux approches qui nous inspirent. Certes, nous sommes bien conscients de la complexité de cette pratique et de la charge de travail qu'elle entraîne pour l'organisme, mais nous misons sur son efficacité et son enrichissement pour les familles participantes qui expriment leur nette appréciation dans le questionnaire de satisfaction rempli par les participants. Dans la section qui suit, nous décrivons les valeurs et les principales modalités d'intervention utilisées quotidiennement à l'Entraide (prévention, intervention psychosociale à domicile, partenariat, médiation).

#### 3.1 La prévention

La notion de base guidant toute action de l'Entraide est la prévention. Cette notion demeure la pierre angulaire inspirée du vieux dicton « vaut mieux prévenir que guérir ».

C'est dans cet esprit d'intervention précoce que le système de jumelage a été mis sur pied afin de favoriser l'intégration de l'enfant au milieu d'accueil. Conçu suivant le modèle de l'Association des Grands frères et Grandes sœurs (qui a d'ailleurs soutenu la création de l'organisme), le jumelage regroupe des Grands kouzin, soit de jeunes adultes étudiants bénévoles, recrutés dans les universités et les cégeps afin de servir de modèles positifs aux enfants de 5 à 16 ans appelés petits kouzin ou petites kouzin'. Les jeunes adultes reçoivent, avant le jumelage, une formation rigoureuse leur permettant d'être conscients de leur décision et de l'impact de leur engagement envers l'enfant. Ainsi, avant de le jumeler à un jeune adulte étudiant bénévole, l'enfant est évalué dans son milieu de vie avec sa famille, pour mieux cerner les différentes composantes de sa situation. Après le jumelage, le jeune mentor bénévole devient un modèle qui sert de source d'inspiration et de guide à l'enfant dans son processus d'adaptation au milieu d'accueil. Nous illustrerons par le témoignage d'une grande kouzin' l'intervention préventive auprès de l'enfant par le jumelage : « ... on est là aussi pour diriger le petit kouzin dans la vie de tous les jours. Lorsque les parents viennent d'arriver au pays, les préoccupations sont grandes et certains aspects de la vie de l'enfant leur échappent parfois. C'est là que le grand kouzin devient un vrai soutien. »

Cette bénévole a ainsi découvert comment l'enfant peut être laissé à lui-même, « exposé » selon le concept de Moro (1994). Or, l'exposition constitue une acculturation brutale puisque l'enfant laissé seul dans un milieu qu'il ne comprend pas peut vivre de petits traumatismes liés, par exemple, à des moqueries sur son langage, à la nourriture particulière qu'il a dans sa boîte à lunch, à son habillement, etc. Ces petits traumatismes accroissent sa vulnérabilité psychologique et le risque transculturel dans lequel il se trouve. Il peut être désorienté quant aux valeurs et aux comportements à adopter. L'enfant laissé à lui-même se repère difficilement et la multiplication des expériences négatives peut nuire à son apprentissage et même ralentir ou arrêter son développement psychique; d'où la

nécessité de prendre en compte sa vulnérabilité (Rezzoug, Baubet et Moro, 2009; Legendre, Vilandré, Savides et Mathieu, 2007). Sur le plan scolaire, l'enfant peut se sentir perdu, surtout si ses parents ne peuvent pas lui apporter le soutien scolaire requis, souvent à cause de difficultés linguistiques. Pour chercher à s'en sortir, il peut devenir très créatif ou réagir à ce qui se passe en développant des mécanismes de défense nuisant à sa réussite. La soupape de sécurité que constitue la présence d'un mentor auprès de l'enfant désigné « petit kouzin » n'est pas négligeable. Grâce aux bienfaits du jumelage, le grand kouzin devient ainsi un précieux guide pour lui.

### 3.2 L'intervention psychosociale à domicile

Il est essentiel de travailler avec la famille si l'on veut réussir l'accompagnement d'un enfant. Il n'y a pas non plus d'évolution chez un enfant sans celle de sa famille. C'est dans cet esprit que le travail avec les parents à la maison a été instauré. L'intervenante se rend dans la famille pour dispenser les services, puis remplit après chaque visite une fiche où sont consignées les informations pour le suivi de l'évolution de la famille. Elle en fait rapport à la directrice qui la supervise et note les informations dans le dossier de la famille. La confidentialité des informations recueillies sur la famille est fondamentale pour la relation de confiance établie entre la famille, l'intervenante et l'organisme, clé indispensable à l'évolution positive de l'accompagnement offert à la famille. Cela respecte le protocole de Santé Canada pour l'évaluation des projets par les familles participantes au PACE (Programme d'action communautaire pour les enfants). Landy (1995) a recommandé que soit reconnu le rôle essentiel et exceptionnel rempli par la visite à domicile dans le cadre des soins prodigués aux jeunes enfants, aux jeunes et à leur famille et a noté les effets bénéfiques suivants : diminution des coûts reliés aux soins, moins de familles dépendantes de la sécurité sociale, plus de parents en emploi rémunéré, amélioration aux niveaux physique et mental des enfants, particulièrement ceux en bas âge, changements positifs du mode de vie, meilleure santé mentale des femmes, compétence

parentale accrue, moins de sévices et de négligence à l'égard des enfants.

À partir de notre pratique, nous avons noté une évolution heureuse chez un grand nombre de familles que l'organisme a accompagnées au cours des dix-huit dernières années.

L'évaluation continue et annuelle des programmes nous fournit d'ailleurs des indications encourageantes. Le renouvellement du financement par Santé Canada et les autres bailleurs de fonds en dépend.

Le suivi à domicile permet d'atteindre plusieurs objectifs, entre autres, cerner les différents aspects de la situation d'une famille, atteindre les familles les plus démunies (80 % de la clientèle de Kouzin Kouzin'), prévenir la négligence, lutter contre l'isolement et mettre la famille en lien avec les différentes ressources de son milieu. La continuité des services à la famille en est ainsi facilitée.

Voici un cas illustrant l'importance de l'intervention à domicile :

« Dans le cadre de l'atelier de l'Aide aux devoirs, les enfants d'une famille vietnamienne n'arrivaient pas à résoudre les problèmes mathématiques parce qu'ils ne maîtrisaient pas le français, ce qui provoquait une certaine mésentente entre le professeur et la famille. Une médiation école-famille-organisme est alors entreprise par l'intervenante. Celle-ci parvient à sensibiliser les parents à l'importance du français pour les enfants et leur avenir. Sur le conseil et l'aide de l'intervenante, la mère a alors suivi le cours de francisation dispensé par un centre de son quartier. De plus, elle a mis en application la routine suggérée par l'intervenante de regarder, chaque soir, avec les enfants, pendant trente minutes, une émission télévisée en français. Ce qui a eu pour avantage non seulement de favoriser l'apprentissage et l'usage du français, mais aussi de resserrer les liens familiaux. »

Mentionnons que le programme d'Aide aux devoirs tel que conçu par l'organisme comprend trois volets : scolaire, psychosocial et une médiation école-famille-organisme. Ce type de médiation est très souvent nécessaire, car plusieurs parents ne comprennent pas la langue des professeurs. L'intervenante accompagne alors la mère ou le père à l'école pour rencontrer les professeurs et découvrir souvent d'importants problèmes psychosociaux; elle

assure le suivi à long terme de la famille tout en servant de médiatrice entre l'école et les parents, au besoin. Rappelons que l'école est, après la famille, le deuxième agent de socialisation pour l'enfant. (Chrispin-Brutus, 1970).

Les conditions suivantes sont toutefois essentielles à la réussite de l'intervention à domicile :

- Établir une solide relation de confiance

La relation de confiance est une condition indispensable au succès de l'intervention à domicile. Les familles provenant de pays non démocratiques ont souvent été en rupture de contacts avec les services éducatifs de leur pays d'origine. Le suivi à domicile permet de les familiariser avec les ressources et les libertés de leur nouveau milieu d'accueil. Cette pratique sécurise les familles et permet d'établir peu à peu une relation de confiance. D'où l'importance du savoir-être de l'intervenant, de sa compétence, de son empathie et de ses capacités à se centrer et se décentrer dans ses contacts avec cette clientèle.

- Organiser la visite

L'intervention à domicile est organisée, planifiée et consignée, ce qui nécessite l'utilisation de divers outils tels que la fiche de visite, les notes d'évolution, des instruments de mesure de l'évolution de la famille, la grille de compétences et de risques de négligence parentale, etc. Cette fiche permet de suivre l'évolution des familles concernant le renforcement de leur compétence parentale par un système de détection de risques de négligence ou de conduites inadéquates (savoir-faire) prédéfinis. Ce système reflète parfaitement la réalité de l'évolution de ces familles.

Le suivi à domicile est aussi adapté aux disponibilités et au rythme de la famille et non à ceux de l'organisme. C'est ainsi que les heures d'ouverture de Kouzin Kouzin' sont de 9 h à 19 h, du lundi au vendredi; certaines familles peuvent être visitées le soir et des rencontres avoir lieu en fin de semaine. Notons que l'organisme demeure ouvert toute l'année, excepté les jours fériés.

- Valoriser la famille à chaque petit progrès constaté

En général, l'organisme est en contact avec des familles en proie à des situations complexes vécues depuis de longues années. Les changements ne peuvent se faire que peu à peu. Chaque petit pas devient une victoire qu'il est bon de souligner afin de soutenir l'espoir de réussir (Chrispin-Brutus, 2004).

- Travailler en partenariat ou par la médiation interculturelle

Pour la plupart des familles, le travail en réseau avec les partenaires s'avère indispensable pour résoudre certaines difficultés. Les services d'orientation et d'accompagnement des diverses ressources ont permis à l'organisme de développer un important réseau de partenaires. En médiation interculturelle, beaucoup de liens sont faits avec la famille entre sa culture d'origine et celle de son milieu de vie québécois, ce qui facilite son insertion sociale dans le milieu d'accueil, que ce soit sur les plans personnel, civique ou politique.

### 3.3 L'accompagnement à long terme de l'enfant et de sa famille

Il n'y a pas de réussite possible sans suivre le rythme de chaque famille. Bien sûr, une telle méthode ne répond pas toujours aux contraintes administratives auxquelles sont assujetties les institutions. La complexité des situations rencontrées au cours des visites à des familles en détresse a convaincu notre organisme à composer constamment avec la réalité et à résister aux interventions à court terme ayant peu de chance de réussir. D'ailleurs, le suivi à long terme de l'intervenante constitue un moyen d'assurer la protection de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu naturel.

Ce type d'accompagnement permet de travailler sur le problème de la violence non seulement avec les parents, mais aussi avec la fratrie où l'on retrouve souvent beaucoup d'agressivité. L'entraînement à la résolution pacifique des conflits influence également le comportement en dehors de la cellule familiale (école, groupe d'amis, jeux de groupe, etc.).

### 3.4 La médiation interculturelle

Le recours à la médiation interculturelle permet un exercice de compréhension mutuelle et d'écoute réciproque entre des personnes et des groupes de mœurs, de pensées ou d'intérêts différents. L'Entraide bénévole Kouzin Kouzin' a été l'un des premiers organismes à l'utiliser et à en faire la promotion tant pour la famille que pour les institutions (écoles, DPJ, aide sociale, hôpitaux) (Chrispin-Brutus, 1994). Son utilisation s'est accentuée avec la pratique des visites à domicile et a mené au développement de plusieurs partenariats pour l'organisme. Le travail de médiation des intervenants s'effectue à différents niveaux, en particulier à l'Atelier d'aide aux devoirs comme moyen de stimulation à la réussite scolaire puisqu'il comporte des volets scolaire, social et familial. En voici un exemple :

« L'école reproche à la mère d'une famille d'origine haïtienne de ne pas s'intéresser à la scolarité de son enfant de 6 ans, en échec scolaire, car elle ne répondait jamais aux notes inscrites par le professeur dans le cahier de liaison de l'enfant. L'évaluation psychosociale, entreprise à domicile par l'intervenante sociale de l'atelier d'Aide aux devoirs, a permis de découvrir l'analphabétisme de la mère qui en était honteuse.

La médiation école-organisme-famille a alors permis d'instaurer d'autres moyens de communication entre l'école et la mère de l'enfant. »

Beaucoup de parents immigrants ont besoin d'être accompagnés tant dans l'exercice de leur compétence parentale et leur nouveau contexte de vie que dans leur cheminement vers leur intégration graduelle à la société d'accueil.

« Immigrer, c'est un acte courageux », souligne Marie-Rose Moro (1988 : 81). La personne, sur le plan psychique, doit réaménager ses défenses et ses stratégies d'adaptation, et trouver d'autres processus lui permettant de se structurer. Pour plusieurs familles participantes, la difficulté à satisfaire des besoins primaires et l'adaptation au pays d'accueil et au marché de l'emploi demeurent une question de survie. Des liens doivent être tissés entre leur pays d'origine et la nouvelle société, comme le reflète l'exemple suivant :

« Une mère nouvellement arrivée, habituée dans son pays d'origine à compter sur l'aide de ses voisins pour la surveillance de ses enfants, laisse seuls dans l'appartement ces derniers âgés de moins de treize ans. Les voisins contactent la DPJ. Affolée, la mère appelle Kouzin Kouzin'. L'intervenante entend alors une intervention de médiation entre la DPJ et la mère. Le transfert de la compétence parentale est donc différent d'une société à l'autre et se fait avec difficulté en déclenchant parfois des chocs culturels tant pour la famille migrante que pour les gens de la société d'accueil. Il fut donc convenu que l'intervenante continue d'accompagner la mère pour la sensibiliser graduellement à la *Loi de la protection de la jeunesse* et aux valeurs de la société québécoise. »

Comme nous pouvons le constater, c'est une prise en charge globale que requiert le travail auprès de ces familles à problèmes multiples. C'est tout un système qu'on doit mettre en place et c'est alors qu'entre en jeu l'approche systémique Kouzin Kouzin' permettant de mettre ces familles en lien avec les diverses ressources, les divers services et savoir-faire à mobiliser tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la cellule familiale pour que tous les membres parviennent à un certain équilibre souhaitable et pour briser le cercle de la privation et du stress morbide. C'est là que le modèle évoqué trouve son application et son efficacité.

### 3.5 Diagramme et modèle d'intervention Kouzin Kouzin'

Soulignons tout d'abord que certains programmes mis en place par l'organisme viennent en aide tant à la famille qu'aux diverses ressources institutionnelles et communautaires du milieu. L'Entraide a, en effet, pu établir un important réseau de partenariat. Comme on peut le constater dans le diagramme en page suivante, la famille est au centre de tout le système d'intervention. Les différents programmes réalisés par l'organisme sont répartis en cinq secteurs, en lien avec les diverses ressources devant répondre aux multiples besoins de la clientèle : ressources communautaires et culturelles, ressources financières, ressources gouvernementales et institutionnelles, ressources sociales et services offerts plus spécifiquement par Kouzin Kouzin'. Comme

illustré, le **modèle Kouzin Kouzin'** permet de toucher les multiples dimensions bien définies des interrelations de la personne et de la famille avec ses différents milieux de vie.

### 4. Applications pratiques et développement des programmes

Suivant le modèle que nous venons de décrire, l'organisme a, au cours des années, mis sur pied différents programmes répondant à des besoins spécifiques pour l'enfant, pour la famille afin de consolider les liens avec les ressources du milieu social dans lequel la famille évolue. Au fil des années, les programmes suivants ont donc vu le jour :

- Jumelage;
- Intervention psychosociale à domicile;
- Stimulation précoce de tout-petits à domicile;
- Camps d'été de jour;
- Atelier d'aide aux devoirs;
- Atelier de lecture;
- Activités socioculturelles et sportives;
- Atelier de jeux traditionnels;
- Entraînement à l'éducation civique;
- Atelier sur la consommation responsable.

Rappelons que les interventions tiennent toujours compte des objectifs de prévention et d'intégration interculturelle des enfants et de leur famille. La médiation interculturelle y est donc constamment présente.

### 5. Évaluation continue des programmes

Comme le soulignent Tard, Ouellet, Beaudoin et Dumas (1997), l'évaluation met en place des balises pour mieux observer, mieux intervenir, mieux corriger à l'occasion, certaines situations erronées. Une évaluation rigoureuse permet au processus d'aide d'évoluer et de s'adapter aux changements. Dans cette perspective, des instruments de mesure et de collecte de données ont été créés, comme la fiche de visite à domicile (pour mesurer l'évolution de la famille en fonction des objectifs spécifiques établis avec elle à chaque visite), la grille des critères de risques de négligence et de mesure du degré de compétence parentale (image à double face) dans le programme « Vivons famille, combattons la négligence » (programme développé par l'Entraide), des



questionnaires d'évaluation ou de satisfaction pour l'enfant, sa famille et les bénévoles. De plus, une fiche d'évolution est également remplie pour chaque programme auquel l'enfant est inscrit. Tous ces outils s'avèrent particulièrement utiles dans le cadre de nos interventions à long terme.

Chaque activité de l'organisme est ainsi soumise à une évaluation continue et le rapport annuel décrit les résultats tant qualitatifs que quantitatifs obtenus : nombre de familles ayant diminué les risques de négligence grâce au suivi, le nombre d'enfants de 0-5 ans ayant progressé sur les plans langagier ou psychomoteur, ceux ayant progressé et augmenté leurs notes scolaires grâce à l'Atelier d'aide aux devoirs, etc.

Une base de données constituée dans le cadre d'un projet du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) consigne toutes les visites, les observations, les interventions et autres enregistrées en vue de l'évaluation formative et sommative annuelle. Cette source d'informations pourrait ouvrir la voie à de nombreuses recherches. Celles-ci pourraient porter sur les relations parents-enfants, les traumatismes familiaux, la médiation interculturelle, sur l'accompagnement à l'exercice de la compétence parentale, sur les causes apparentes de négligence parentale en contexte migratoire ou sur toute étude à caractère sociologique ou psychosocial. La préoccupation d'accompagnement quotidien des familles en détresse jusqu'à leur prise en charge personnelle (*empowerment*) empêche actuellement l'Entraide d'exploiter la richesse de cette masse de données recueillies.

Il nous reste à faire une étude exhaustive à grande échelle sur les résultats de notre approche d'intervention, alors que jusqu'ici nous avons mis la priorité sur les besoins d'aide de notre clientèle. Nous avons, cependant, en 2008, à l'occasion du 15<sup>e</sup> anniversaire de fondation officielle de l'organisme, réalisé une consultation auprès d'anciens jumelés, bénévoles et enfants. Les réponses spontanées et enjouées, sous forme de témoignages émanant de plus d'une trentaine d'entre eux, ont réjoui tous les membres de Kouzin Kouzin' : dirigeants, personnel, familles participantes, bénévoles, parents et amis de l'Entraide. C'est

quasiment à 100 % qu'ils ont exprimé leur appréciation de l'accompagnement par le jumelage, grands comme petits kouzin'<sup>1</sup>. Ce fut pour tous un puissant stimulant à poursuivre le chemin de l'accompagnement.

## Conclusion

L'action de l'Entraide bénévole Kouzin Kouzin', telle que présentée, est une œuvre de cœur, se décrivant comme une intervention alternative proche des utilisateurs, répondant à la philosophie et aux caractéristiques du réseau communautaire, complémentaire à l'action du réseau institutionnel, des établissements privés, paragouvernementaux et gouvernementaux.

Voilà bientôt 20 ans que vogue sûrement et sans grand dommage le petit bateau Kouzin Kouzin' au prix de durs efforts et d'une croyance inébranlable en la justesse et l'efficacité de la formule « kouzin kouzin' » de la part de plusieurs de ses créateurs, dont certains président encore sa destinée. Bien sûr, nous nous sommes butés à des embûches de diverse nature que l'évolution satisfaisante de plusieurs kouzin et kouzin' et celle de leurs parents nous ont vite fait oublier.

Quelles sont donc les perspectives d'avenir d'une telle approche? À l'Entraide, la plupart des intervenantes sociales qui y ont travaillé sont ravies d'avoir vécu cette expérience d'accompagnement à domicile. Des petits kouzin, devenus grands, commencent déjà à vouloir poursuivre le travail de l'Entraide puisque sept d'entre eux ont déjà demandé à travailler pour l'organisme. Quant aux familles, une majorité de celles qui ont reçu ou reçoivent nos services se considèrent comme liées à l'organisme qui constitue pour elles un milieu de vie et d'appartenance.

Tout cela suffit-il à assurer la pérennité d'un modèle que ceux qui le connaissent considèrent comme efficace? L'avenir le dira. Chose certaine, il dépend du bon vouloir des bailleurs de fonds, dont les différents paliers de gouvernements avec lesquels Kouzin Kouzin' collabore pleinement, de continuer à aider l'organisme dans sa démarche pour une enfance plus heureuse, une jeunesse du savoir et des familles responsables.

Quelle est la place des travailleurs sociaux en milieu communautaire? Considérable lorsqu'ils

veulent faire une différence, car le secteur communautaire est un lieu pour innover, se heurter à « la vraie vie » et permettre d'allier théories et pratique, tout en demeurant dans l'action, à l'écoute et au service de ceux pour lesquels notre présence constitue la raison d'être.

De plus, l'organisme ayant la coutume de fonctionner en intergénérationnel, sans discrimination d'âge, de couleur, de langue, de religion ou d'origine, nous voulons croire en une relève qui, tout en instaurant des nouveautés rafraîchissantes, dynamiques, modernes mais ordonnées, saura maintenir les idéaux ayant guidé les fondateurs : la transmission de valeurs d'éducation civique aux enfants et aux jeunes, l'entraide entre jeunes, la protection et l'accompagnement des familles dans leur entité propre, la défense des plus démunis, etc.

Nous pouvons enfin souligner que, depuis la création de l'organisme, plusieurs formes de jumelage ont vu le jour à Montréal et ailleurs, citons le Parrainage civique, le parrainage entre pairs dans les écoles, le parrainage entreprise et nouveaux arrivants, etc. Enfin, l'intérêt grandissant pour la persévérance scolaire laisse croire que la pratique de service aux parents d'élèves va peut-être se développer. Alors, Kouzin Kouzin' aura peut-être été l'un des précurseurs en la matière.

**Descripteurs :**

Entraide bénévole Kouzin Kouzin' de Montréal-Métropolitain // Migration et immigration // Visites à domicile (Service social) // Service social auprès des immigrants

Emigration and immigration // Home visit (Social work) // Social work with immigrants

## Note

1 Leurs témoignages présentés sous forme de recueil sont accessibles sur le site de l'organisme au [www.kouzinkouzin.ca](http://www.kouzinkouzin.ca).

## Références

- Brosseau, C. (2005). La théorie bowenienne des systèmes familiaux : validité scientifique et utilité pour le travail social, *Intervention*, 122, 16-30.
- Collectif (1995). *La présence des Noirs dans la société québécoise d'hier et d'aujourd'hui*. Montréal : ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles et ministère de l'Éducation.
- Chrispin-Brutus, M. (1970). *L'adaptation de l'enfant haïtien à Montréal*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Chrispin-Brutus, M. (1994). *Le projet Kouzin Kouzin'*. Communication présentée à l'Association canadienne de la santé mentale (filiale de Montréal) à Montréal.
- Chrispin-Brutus, M. (2004). *Kouzin Kouzin' : service de soutien aux familles*. Communication présentée au Regroupement interorganismes pour une politique familiale au Québec à Montréal.
- Cloutier, G. (2007). Un pont, une continuité : quand des organismes communautaires croisent le chemin de femmes immigrantes, *Intervention*, 126, 62-72.
- Cohen-Emerique, M. (1984). Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux, *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, Institut havrais de sociologie économique, 2, 12.
- Cohen-Emerique, M. (2000). L'approche interculturelle auprès des migrants, dans G. Legault (sous la direction de). *L'intervention interculturelle* : 161-184. Montréal : Gaëtan Morin.
- De Pury, S. (2005). *Comment on dit dans ta langue? Pratiques ethnopsychiatriques*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Fermi, P. (1998). *La médiation interculturelle*. <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/mediatio.htm>, consultée le 4 mars 2010.
- Landy, S. (1995). *Rapport de l'enquête sur les programmes de visites à domicile en Ontario*. Toronto : C. M. Hincks Centre for Children's.
- Legendre, G., Vilandré, S., Savides, D., et Mathieu, K. (2007). *Une approche transculturelle auprès des familles et de leurs enfants en difficulté*. Laval : Centre jeunesse de Laval.
- Messier, M., Doray, M., et Parisien, D. (1992). *Profil pluraliste des jeunes en difficulté d'adaptation suivis par les centres de réadaptation*. Québec : Commission de protection des droits de la jeunesse et Association des centres d'accueil du Québec.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rachédi, L., et Legault, G. (2008). Le modèle interculturel systémique, dans G. Legault et L. Rachédi (sous la direction de). *L'intervention interculturelle* : 145-157. Montréal : Gaëtan Morin.
- Ramirez, B. (1988). *Les premiers Italiens de Montréal. L'origine de la Petite-Italie au Québec*. Montréal : Boréal Express.
- Rezzoug, D., Baubet, T., et Moro, M. R. (2009). Enfance : entre vulnérabilité et créativité, dans *Psychopathologie transculturelle* : 190-216 (sous la direction de Baubet, T. et Moro, R. M.). Paris : Elsevier Masson.
- Roy, G. (2008). Les modèles de pratiques, dans G. Legault et L. Rachédi (sous la direction de). *L'intervention interculturelle* : 131-145. Montréal : Gaëtan Morin.
- Tard, C., Ouellet, H., Beaudoin, A., et Dumas, P. (1997). L'évaluation de l'action des organismes dans le cadre du programme d'action communautaire pour les enfants (PACE). Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval et Association des centres jeunesse du Québec.

# La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels,

## Piste de lecture

par Gaétane Desharnais, Collection  
Minerva, Éditions Yvon Blais, 2008,  
244 pages.

Résumé et commenté par  
Richard Silver, T.S., avocat

En tant que conseiller juridique de l'Ordre, j'exerce mes fonctions quotidiennes avec le souci d'assurer le respect des cadres législatif et réglementaire balisant le fonctionnement et la gouvernance de notre ordre professionnel. Je suis également convaincu que l'ensemble des gestes posés par les instances de l'Ordre ainsi que par mes collègues professionnels vise avant tout la protection du public.

Ce livre oblige le lecteur à voir différemment le fonctionnement du système professionnel. L'auteure analyse la législation professionnelle et le système professionnel dans une perspective sociologique des professions. Plus particulièrement, elle applique trois approches qui proposent des explications divergentes au phénomène du professionnalisme : les approches fonctionnaliste, interactionniste et conflictuelle.

L'approche fonctionnaliste analyse l'existence et les activités des ordres professionnels en lien avec les fonctions qu'ils exercent. Les ordres assurent la protection du public par l'application de mécanismes confiés par le *Code des professions*; par exemple, l'accès à la profession est limité aux personnes ayant les compétences nécessaires, tandis que le contrôle de l'exercice des professionnels, par l'inspection professionnelle, par la formation continue ainsi que par le processus disciplinaire, assure que le professionnel soit suffisamment encadré pour assurer des services de qualité à ses clients.

Les interactionnistes sont d'avis que les fonctionnalistes se servent de leur orientation philosophique comme idéologie légitimant le rôle des ordres professionnels dans la société. Pour les interactionnistes, la professionnalisation permet aux ordres de profiter du discours axé sur la protection du public pour mieux promouvoir et protéger les intérêts de leurs membres. Les activités associatives des ordres ne représentent qu'un seul exemple de l'application de cette approche idéologique.

L'approche *conflictuelle*, inspirée par le cadre conceptuel des *Critical Legal Studies*, va plus loin que celle des interactionnistes et remet en question non seulement les objectifs du système professionnel, mais également sa légitimité. Ces personnes sont d'avis que la professionnalisation permet aux ordres d'exercer un contrôle de l'environnement interne et externe du marché du travail occupé par leurs membres. La notion de la protection du public sert de prétexte pour dissimuler ce processus politique de contrôle.

La première partie du livre est consacrée à une analyse fonctionnaliste du système professionnel québécois. Dans la deuxième partie, l'auteure construit un cadre théorique pour mieux comprendre l'intérêt du professionnalisme de deux groupes occupationnels qui ne sont pas, pour l'instant du moins, reconnus comme des professionnels par le *Code des professions*. Ce cadre conceptuel, appliqué aux techniciens ambulanciers ainsi qu'aux enseignants, cherche à relever les similitudes et les divergences des approches interactionniste et *conflictuelle*.

L'analyse fonctionnaliste du système professionnel par l'auteure résume les éléments pertinents du *Code des professions* portant sur les moyens octroyés aux ordres pour assurer la protection du public. Misant notamment sur le pouvoir discrétionnaire des ordres, elle aborde la notion des mécanismes de reconnaissance des professionnels et de surveillance de leurs activités, dont les mesures administratives et disciplinaires. Elle aborde également la

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs  
sociaux et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec.  
Numéro 134 (2011.1): 90-93.**

notion des responsabilités des ordres en vue d'assurer la compétence de leurs membres, par la formation continue, par l'élaboration des normes de conduite et de pratique ainsi que par l'inspection professionnelle. Elle conclut que le pouvoir des ordres leur permettant de règlementer les conditions d'exercice contribue à la valeur du statut professionnel de leurs membres.

De plus, l'auteure nous rappelle que la protection du public, expression non définie dans le *Code des professions*, demeure un concept flou dans un contexte socioéconomique.

L'interprétation large de cette notion permet aux ordres d'entreprendre des activités et des interventions qui sont souvent justifiées en fonction de leur mandat de protection du public, mais qui favorisent plutôt le statut des ordres dans la société civile ainsi que la promotion et la protection des intérêts des professionnels. Ces activités servent également à renforcer le prestige et la légitimité des professionnels ainsi que leur monopole sur le marché du travail.

Par exemple, les ordres sont souvent interpellés pour participer aux démarches portant sur l'élaboration de la législation, de nouvelles orientations gouvernementales ou d'autres sujets d'actualité. Bien que ces sorties sur la place publique n'aient pas nécessairement un lien direct avec la protection du public, l'implication des ordres leur permet de se positionner comme experts et porte-parole dans ces domaines, ce qui souligne leur importance comme interlocuteurs privilégiés avec les instances. Notre ordre, par l'entremise de la présentation des mémoires en commission parlementaire, par d'autres représentations aux instances gouvernementales et par des communiqués de presse, participe à ces débats de société. Par exemple, l'Ordre a présenté, en 2010, des mémoires portant sur les modifications législatives en adoption internationale, sur la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ainsi que sur la question de mourir dignement. Ces interventions se justifient par la vision large du mandat des ordres.

L'auteure nous propose quelques exemples pour nous convaincre que la protection des membres peut passer avant la protection du public. Dans un cas, le syndicat du Collège des

médecins du Québec a décidé, après enquête, de ne pas porter plainte contre un médecin en lien avec le décès d'un patient, dans un centre hospitalier, à la suite d'une surdose de médicaments. Par contre, la pharmacienne qui avait rempli l'ordonnance prescrite par le médecin ainsi que l'infirmière qui avait administré le médicament au patient ont été blâmées par leur ordre respectif. Selon l'auteure, seule la couverture médiatique a convaincu le Collège des médecins de finalement demander au syndicat de porter plainte contre le médecin devant le conseil de discipline. Cette illustration concrète appuie la thèse de l'auteure que la crédibilité et la légitimité du système professionnel peuvent être minées par le comportement des ordres professionnels.

L'octroi par l'État aux ordres de monopoles d'exercice exclusif confère à leurs membres un prestige supplémentaire ainsi qu'une présomption que seules ces personnes possèdent les compétences nécessaires pour exercer leur profession. Bien que les ordres soient habilités à poursuivre les personnes exerçant illégalement la profession, ce qui représente un moyen légitime d'assurer la protection du public, l'auteure attire notre attention sur les litiges entre certains ordres lorsqu'un ordre conteste, devant les tribunaux, le pouvoir exclusif des membres d'un autre ordre dans le même domaine. Elle soulève notamment des conflits entre le Barreau du Québec et la Chambre des notaires du Québec ainsi qu'entre l'Ordre des chiropraticiens du Québec et l'Office des professions, auquel s'est joint le Collège des médecins. Ces disputes correspondent davantage à des luttes de pouvoir, en vue de protéger les intérêts de leurs membres respectifs, plutôt qu'à des initiatives visant à assurer la protection du public.

Dans la deuxième partie du livre, l'auteure effectue une étude comparative des démarches entreprises par deux groupes qui ne font pas partie du système professionnel. L'intérêt de cette analyse repose sur le fait qu'un de ces groupes, les techniciens ambulanciers, réclame, avec vigueur mais sans succès, la reconnaissance professionnelle, tandis que l'autre groupe, les enseignants, est divisé sur la pertinence du statut professionnel à son égard. Pour distinguer ces différents points de vue,

l'auteure construit un cadre théorique pour bien comprendre les similitudes et les divergences entre ces deux groupes.

Les techniciens ambulanciers souhaitent la constitution d'un ordre professionnel et se servent, comme justification principale, de la notion de la protection du public. Les valeurs du système professionnel étant au cœur de cette initiative, l'auteure utilise une « approche interactionniste à tendance fonctionnaliste ». Pour les représentants des enseignants, notamment les associations syndicales qui militent contre la constitution d'un ordre professionnel pour ses membres, l'intégration au système professionnel ne contribuera pas à la protection du public, les structures actuelles permettant de réaliser cet objectif. Les associations syndicales remettent également en question la pertinence du système professionnel. Pour cette raison, l'auteure qualifie cette approche d'« approche interactionniste à tendance *conflictualiste* ».

Les techniciens ambulanciers sont d'avis que leur situation répond aux exigences du *Code des professions* en regard de la reconnaissance professionnelle. La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, en vigueur depuis 2002, encadre le métier de technicien ambulancier à l'égard de la formation initiale et des mécanismes de contrôle. Toutefois, les techniciens ambulanciers, qui jugent que ces mécanismes ne sont pas suffisants, n'ont pas renoncé à leurs revendications.

L'approche interactionniste à tendance fonctionnaliste nous permet d'expliquer la démarche des techniciens ambulanciers à la fois comme une reconnaissance sociale de leurs services ainsi que comme une idéologie. Cette reconnaissance sociale, par la création d'un ordre professionnel, leur permettrait d'obtenir un contrôle de leur activité économique. Ce contrôle faciliterait la protection, l'évolution ainsi que la pérennité de la profession. Le discours dominant des techniciens ambulanciers étant surtout fondé sur la notion de la protection du public, leurs démarches demeurent crédibles et légitimes.

Contrairement aux techniciens ambulanciers, il n'existe aucun consensus de la part des enseignants sur leur intégration au système professionnel. Bien que les initiatives visant

leur professionnalisation remontent aux années 1990, la Fédération des syndicats, qui regroupe les divers organismes syndicaux représentant les intérêts socioéconomiques des enseignants, s'oppose avec insistance à la création d'un ordre professionnel. La Fédération des syndicats fait valoir que le cadre législatif actuel ainsi que les contrôles exercés par les écoles, les commissions scolaires et l'État sont suffisants pour assurer la protection du public et que la création d'un ordre professionnel est superflue. En réalité, selon l'auteure, la Fédération des syndicats souhaite surtout maintenir le contrôle qu'elle exerce sur la fermeture du marché que représente l'enseignement. Dans le cadre de sa campagne contre la création d'un ordre professionnel, la Fédération des syndicats se sert de son pouvoir auprès de ses membres pour insister sur le fait qu'un ordre professionnel n'est pas capable de protéger et de promouvoir les intérêts des enseignants. Seul un syndicat possède les moyens d'assumer le double mandat de protéger les intérêts de ses membres et d'améliorer le système éducationnel. La Fédération des syndicats conteste également la légitimité des actions qu'un ordre professionnel peut entreprendre pour faire avancer les intérêts des enseignants.

L'analyse des stratégies utilisées par la Fédération des syndicats s'explique par le modèle théorique de « l'approche interventionniste à tendance conflictuelle », qui vise à miner la crédibilité du système professionnel tout en utilisant un discours fondé sur la protection du public.

En conclusion, ce livre est bien plus qu'une analyse juridique du fonctionnement du système professionnel et du mandat des ordres professionnels. L'approche sociologique de l'auteure nous oblige à revoir le modèle fonctionnaliste de l'organisation du monde professionnel. En réalité, même si le mandat principal des ordres demeure, selon le *Code des professions*, la protection du public, leur rôle associatif vise à promouvoir les intérêts de leurs membres. De plus, la présence des ordres dans les débats publics a pour effet la légitimation de leur rôle dans la société et la valorisation du statut professionnel de leurs membres plutôt que la protection du public. Les analyses interactionniste et conflictuelle développées par

l'auteure représentent des modèles théoriques fort intéressants pour mieux comprendre les stratégies et les approches des acteurs impliqués dans le monde professionnel. La bibliographie nous permet d'approfondir nos connaissances sur ce sujet. *La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels* nous permet de saisir les contradictions possibles entre le discours officiel sur les objectifs du système professionnel et d'autres réalités découlant de son organisation et de son fonctionnement. Toute personne œuvrant au sein du système professionnel et tout professionnel apprécieront ce livre fort pertinent.

**Descripteurs :**

Associations professionnelles - Droit - Québec (Province)

Professional associations - Law - Quebec (Province)

## Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire,

## Piste de lecture

sous la direction de  
**Pauline Morissette, T.S., et  
Marielle Venne, T.S., Éditions du  
CHU Sainte-Justine, 2009, 272 pages.**

Résumé et commenté par  
*Caroline Jacques, T.S.*

*Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire* fait partie de la collection *Intervenir* des Éditions du CHU Sainte-Justine. D'entrée de jeu, les nombreux collaborateurs positionnent la multidisciplinarité essentielle à l'analyse de cette problématique. Ils proviennent de différents milieux de pratique (protection de la jeunesse, milieux hospitalier et universitaire) ainsi que de diverses disciplines (droit, sciences infirmières, psychoéducation, psychologie, travail social), ce qui favorise la compréhension globale du vécu de la parentalité dans un contexte de consommation d'alcool ou d'autres drogues.

L'Offre de service en dépendance 2007-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux priorise les femmes enceintes ou les mères de jeunes enfants aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Il s'agit en soi d'un positionnement clair et important. Pourtant, bien que les écrits confirment un fort potentiel de mobilisation en période de grossesse, de nombreux défis subsistent pour l'ensemble des cliniciens gravitant autour de cette clientèle craintive à recourir aux services. *Parentalité alcool et drogues : un défi multidisciplinaire* vise à soutenir la pratique en permettant la réflexion et le partage en plus d'aider à vaincre les stéréotypes générateurs d'ostracisme. Ainsi, l'ouvrage atteint aisément l'objectif souhaité par le lecteur, soit fournir des

informations scientifiques et cliniques axées sur les besoins empiriques des professionnels.

Divisé en trois sections et dix chapitres, le livre trace un portrait exhaustif et vulgarisé d'une problématique complexe où l'avenir appartient au travail interorganisationnel.

La section 1 intitulée *Repères pour l'intervention* présente un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices, en plus d'amener des éléments de compréhension reliés au difficile passage de toxicomane à mère. Une revue des effets de l'ensemble des drogues, notamment l'incidence sur l'allaitement maternel, est offerte de même que plusieurs études de cas.

La section 2 s'attarde aux *Expériences, réflexions et perspectives*. On présente une rétrospective des pratiques auprès des parents consommateurs de substances psychoactives. Nous retiendrons le chemin parcouru et les leçons apprises au fil du temps en vue d'optimiser l'intervention, particulièrement par la pratique interdisciplinaire et le suivi intégré qui doit demeurer dans la mire.

Dans la section 3 intitulée *Point de vue du client : résultats de recherches québécoises, canadiennes et britanniques*, il est question du partenaire de la mère comme élément d'influence dans la dynamique de consommation. On traite également de l'*Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale* (ETCAF) ainsi que des différents types d'abus parental de substances et leurs conséquences pour les enfants.

La bibliographie s'avère riche en références empiriques et scientifiques. L'abondance des articles confirme un intérêt pour la parentalité et son lien avec l'alcool et les drogues comme objet de recherche et d'intervention.

En résumé, voici une référence incontournable pour quiconque œuvre auprès de parents aux prises avec une dynamique de consommation de psychotropes. Il s'agit également d'une opportunité de réflexion pour contourner

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 134 (2011.1): 94-95.

certains préjugés et mettre en relief des pratiques probantes auprès des parents et de leurs enfants. Cela dit, on peut sans contredit affirmer que le souhait des auteurs est atteint : accéder à une expertise qui se révèle une source évidente d'inspiration.

**Descripteurs :**

Parents - Usage des drogues

Parents - Drug use

## *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique sociale diversifiée,*

## Piste de lecture

sous la direction de **Christine Corbeil et Isabelle Marchand**, Les Éditions du remue-ménage, 2010, 256 pages.

Résumé et commenté par  
*Louise Provost*, T.S.

À travers l'ouvrage *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui*, les Éditions du remue-ménage nous présentent une excellente rétrospective des multiples facettes de l'intervention féministe contemporaine. Il n'est pas étonnant que cette maison d'édition soit au cœur de cet ouvrage : « Depuis 1976, les Éditions du remue-ménage poursuivent le même objectif : stimuler, soutenir et faire avancer la réflexion féministe, et éduquer et informer les femmes sur les questions les intéressant spécifiquement<sup>1</sup>. »

L'œuvre collective sous la direction de Christine Corbeil et d'Isabelle Marchand regroupe des chercheuses et des praticiennes provenant de différentes disciplines et œuvrant tant dans les milieux communautaires qu'universitaires. Ces auteures témoignent des enjeux, des réalisations, des parcours et des questionnements au cœur de l'intervention féministe. Leurs démarches révèlent une pratique pluraliste et tentent de répondre à la question « Où est l'intervention féministe en ce début du 21<sup>e</sup> siècle? ». À la fin de l'ouvrage, une section « Notes bibliographiques » présente toutes les auteures ayant participé à l'ouvrage et décrit brièvement leurs réalisations et leurs cheminements.

On pourrait croire le sujet dépassé, dans une ère sociopolitique qui considère « (...) l'impopularité du féminisme, souvent jugé obsolète dans un contexte où plusieurs claironnent "l'égalité-déjà-là" » (Delphy, 2004) ainsi que

l'antiféminisme ambiant (...) » (p. 51), mais il ne l'est pas, les différentes auteures ayant participé à l'ouvrage rendent compte de pratiques bien vivantes s'inscrivant au cœur de la réalité des femmes, tant au sujet de la singularité de l'action que de ses dimensions collectives.

L'ouvrage est divisé en quatre parties. L'introduction et la première partie regroupent deux chapitres de Corbeil et Marchand et traitent des différentes représentations de l'intervention féministe au 21<sup>e</sup> siècle et des « Fondements et principes de l'intervention féministe ». Les auteures nous présentent une recension des écrits sur l'intervention féministe depuis les 30 dernières années. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une vaste recherche effectuée par Descarries et Corbeil entre 2004 et 2009 intitulée *Discours et pratiques féministes : un inventaire des lieux*. Les thèmes nous renvoient aux fondements mêmes de l'intervention féministe et le tableau synthèse à la fin du chapitre, « L'intervention féministe : un modèle et des pratiques au cœur du mouvement des femmes québécois », résume habilement les objectifs, les stratégies et les défis liés à cette intervention.

La deuxième partie regroupe trois chapitres qui portent sur des questions de diversité et d'intersectionnalité, « L'intervention féministe à l'aube des questions de diversité ». Un premier chapitre d'Isabelle Marchand et de Sandrine Ricci, « Sexisme et racisme : la diversité ethnoculturelle, défi au mouvement féministe », traite de la « (...) diversité ethnoculturelle au sein du mouvement des femmes québécois. (p. 13) » et repose sur une recherche qualitative où sont présentés les différents concepts reliés à l'intersectionnalité et ainsi que de nombreux témoignages de femmes.

Les deux chapitres suivants, toujours reliés au thème de l'intersectionnalité, présentent deux réalités vécues par les femmes immigrantes. Le premier de Marie Lacroix traite de la réalité complexe des femmes réfugiées et des demandeurs d'asile, tandis que celui de Maud Pontel

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.  
Numéro 134 (2011.1) : 96-97.**

présente les enjeux de l'intervention interculturelle et féministe au sein d'un organisme communautaire dénommé le Bouclier d'Athéna Services familiaux, qui travaille avec des femmes grecques victimes de violence conjugale dans la région de Montréal.

La troisième partie traite de la problématique de la violence faite aux femmes, « Violences et pratiques féministes en mouvance ». Ce thème longuement exploré à travers l'intervention féministe regroupe quatre chapitres qui traitent des formes multiples de violence et des pratiques qui en découlent. Les deux premiers chapitres – respectivement de Diane Prud'homme, « L'intervention féministe en maison d'hébergement : une vigilance de tous les instants! », et de Chantale Robitaille et Danielle Tessier, « Trente ans après... Les défis de l'intervention féministe dans les CALACS » –, s'intéressent aux enjeux de l'intervention féministe en maison d'hébergement et au sein des CALACS. Les auteures présentent des facettes peu explorées reliées à la problématique de la violence. Le troisième chapitre de Karol O'Brien, « Quand on ne peut détourner le regard : violence conjugale chez les lesbiennes et féminisme », en collaboration avec C. Corbeil, expose « (...) la problématique de la violence entre lesbiennes. (p. 173) » et surtout les défis qu'une telle réalité engendre concernant l'intervention féministe. L'auteur soulève des questions intéressantes sur l'identité féministe et sur la condition d'agresseur. Nous retrouvons aussi dans cette partie un dernier chapitre écrit par Simon Lapierre, « La problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale : qu'est-il advenu du discours féministe? ». Lapierre, dans un style rigoureux, nous indique : qu'il existe « (...) certes un consensus concernant la nécessité d'intervenir auprès de cette clientèle, mais [que] les actions à privilégier ne font pas toujours l'unanimité. (p. 186) »

La dernière partie de l'ouvrage traite de *Marginalité et pauvreté : l'intervention féministe comme outil de conscientisation* et fait référence à des expériences d'intervention féministe auprès de femmes vivant « (...) des contextes de vie marqués par la pauvreté, la marginalité, l'isolement, la violence et l'enfermement. (p. 17) » Le premier chapitre de Boisclair, Bourgault, Catellier et Valois-Nadeau,

« L'intervention féministe dans les centres de femmes : en action pour un monde plus juste! », a pour but de nous présenter les pratiques quotidiennes de l'intervention féministe au sein des centres de femmes. Les auteures nous offrent une vue de l'intérieur et les encadrés tout au long de l'article nous relatent le courage et les succès durement gagnés des femmes qui côtoient les centres. Pour conclure, le dernier chapitre de la criminologue Sylvie Frigon, en collaboration avec la chorégraphe Claire Jenny, « La danse comme outil d'intervention avec les femmes en prison », relate une expérience où les auteures utilisent une forme d'art (la danse) pour réfléchir et agir sur les conditions d'enfermement des femmes en milieu carcéral.

Loin de vouloir présenter une démarche exhaustive sur le vaste sujet de l'intervention féministe, cet ouvrage demeure néanmoins hautement pertinent pour qui veut un état de situation sur cette approche, tant au sujet des pratiques et des interventions que de ses nombreuses manifestations actuelles. Les auteures ont réussi à exposer les enjeux historiques et contemporains et rendent compte de pratiques aussi diversifiées que novatrices. Les lectrices et lecteurs trouveront dans les nombreuses références bibliographiques toute l'information nécessaire pour soutenir leur pratique ou mettre à jour leurs connaissances.

#### **Descripteurs :**

Thérapie féministe  
Feminist therapy

#### **Note**

1 Tiré du site des Éditions du remue-ménage : [www.editions-rm.ca/mission.php](http://www.editions-rm.ca/mission.php). Nous suggérons aussi une visite sur le site suivant : Institut de recherche et d'intervention féministe de l'UQAM [www.iref.uqam.ca](http://www.iref.uqam.ca).

# 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 : <[revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@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 :

---

Coordonnateur 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 : [revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@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 <[revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@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 Coordinator  
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: [revue.intervention@otstcfq.org](mailto:revue.intervention@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.



LES TRANSFORMATIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
ET LEUR IMPACT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le contexte dans lequel une majorité de travailleurs sociaux exercent leur pratique a changé profondément ces dix dernières années. La décision du gouvernement de restructurer le réseau public (2004), en créant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), en constitue un élément particulièrement visible, en mettant notamment fin au modèle original québécois des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Il s'agit là d'un changement majeur et il y a certainement des enseignements à tirer du regroupement, dans un même établissement, des ressources de première ligne (CLSC) et des ressources d'hébergement à long terme (CHSLD) ainsi que, pour les deux tiers d'entre eux, des centres hospitaliers de soins généraux (CH) et de réadaptation.

Le cadre politique mis de l'avant pour expliquer cette restructuration lie cette intégration institutionnelle à deux nouveaux concepts en soi prometteurs, soit la responsabilité populationnelle du CSSS pour son territoire et l'animation d'un réseau local de services (RLS) desservant un certain nombre de clientèles prioritaires (MSSS, 2004). Toutefois, l'évaluation du MSSS (2010) montre que cette implantation ne se fait pas sans de sérieuses difficultés; les moyens ne sont pas au rendez-vous des besoins et plusieurs directions d'établissements ne maîtrisent pas le style de leadership nécessaire. Mais, plus fondamentalement, l'influence mondiale de la Nouvelle gestion publique (NGP) qui met l'accent sur le contrôle politique des orientations (gouvernance) et la décentralisation administrative de l'organisation des services orientent en filigrane le discours des décideurs publics dans un contexte marqué par une volonté de réduire les déficits de l'État.

La NGP nous invite à nous inspirer des meilleures pratiques développées dans le secteur privé et à les adapter au secteur public, notamment l'imputabilité des dirigeants, la mise en place de systèmes de reddition de comptes (par des ententes de gestion) et le rapprochement des prises de décision des lieux de dispensation des services (principe de subsidiarité). Il devrait en résulter une réponse flexible, plus rapide, moins bureaucratifiée aux besoins des milieux. À cela s'ajoute, depuis l'arrivée de M. Yves Bolduc au poste de ministre de la Santé et des Services sociaux, en 2008, une obsession de réduction des durées de séjour dans les unités d'urgence hospitalière, de l'attente pour certaines chirurgies et la mise sur pied de corridors de services pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie liée au vieillissement (MSSS, 2011). Ces impératifs politiques accordent peu d'attention aux déterminants sociaux de la santé et à l'importance de la prévention. L'accent mis par le ministre sur l'importance de la « gestion minceur » (*lean management*) pour réorganiser le travail suscite aussi des inquiétudes.

Sur le plan de la gouvernance des établissements (projet de loi 127), le ciel s'est assombri au printemps 2011 avec la tentative du ministre Bolduc d'assujettir les conseils d'administration à son autorité, ce qui a provoqué une rare unanimité de mécontentement. La mise sur pied de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), chargé de l'évaluation des pratiques sociales et doté d'un conseil d'administration où ne siège aucun travailleur social, indique clairement l'importance que le MSSS accorde à cette profession.

L'OTSTCFQ a suivi l'impact de la création des CSSS sur l'organisation du travail et sur les pratiques des travailleurs sociaux en créant un comité qui a procédé à de nombreuses collectes de données (2006-2010) tant auprès des intervenants que des gestionnaires sociaux. Le malaise du personnel s'exprime au quotidien en raison des nombreuses réaffectations et modifications apportées aux tâches sans tenir compte de l'expertise développée, d'une charge de travail perçue comme accrue où le soutien est souvent absent. Pis encore, les gestionnaires cliniques et administratifs confirment pour l'essentiel les perceptions du personnel (OTSTCFQ, 2010).

Comment réagir pour que ce réseau public continue de répondre aux besoins des clientèles, parfois *victimisées* et souvent sans voix, avec lesquelles et pour lesquelles nous travaillons? Quelles sont les formes de soutien professionnel (formules de supervision, encadrement professionnel, cadre de référence, etc.) qui donnent des résultats encourageants? Les efforts d'encadrement des pratiques par l'OTSTCFQ reliés à la mise en place de la loi 21 constituent-ils une approche efficace?

Nous sommes à la recherche de témoignages sur des initiatives de praticiens et de gestionnaires et des récits de pratique qui apporteront un éclairage différent nous permettant de découvrir des pistes dont d'autres travailleurs sociaux pourront s'inspirer.

Claude Larivière, T.S., coordonnateur  
Pour le comité de la revue *Intervention*

DATE LIMITE POUR SOUMETTRE LES ARTICLES : LE 9 DÉCEMBRE 2011

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

Références

Chauvière, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris : La Découverte.

MSSS (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.

OTSTCFQ (2010). *Rapport synthèse du Comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux*.

CHANGES TO THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES NETWORK  
AND THEIR IMPACT ON PROFESSIONAL PRACTICE

The context in which most social workers practice their profession has undergone profound changes over the past ten years. The creation of health and social services centres (Centres de santé et de services sociaux CSSS) in 2004, was a particularly visible element of the government's decision to restructure the public system, putting an end to the original Quebec model of CLSC. This was a major change, and there are certainly lessons to be drawn from the amalgamation of first-line resources (CLSC), long-term housing facilities (CHSLD) and, in two thirds of them, general care (CH) and rehabilitation medical centres.

The political framework put forth to explain this restructuring links this institutional integration to two new and innately promising concepts, i.e., the responsibilities of the CSSS to the residents of its territory and the implementation of a network of local services (Réseau local de services [RLS]) meeting the needs of a number of priority clientele (MSSS, 2004). However, the MSSS's evaluation (2010) reveals that this implementation did not occur without serious problems; the means to meet the needs are not always available and the management of many establishments does not possess the leadership style required. More fundamentally, the global influence of New Public Management (NPM), which stresses political control of orientations (governance) and the administrative decentralization of the organization of services, have an impact on the discourse of public decision-makers in a context marked by the intent to reduce government deficits.

NPM invites us to be inspired by the "best practices" developed in the private sector and adapt them to the public sector, particularly as they relate to the accountability of managers, the implementation of performance reporting systems (through management agreements), and the proximity of decision-making to service outlets (subsidiarity principle). It should result in a faster, flexible and less bureaucratic response to the needs of the communities being served. Added to these, since Yves Bolduc assumed to position of Minister of Health and Social Services in 2008, is an obsession with reducing times in hospital emergency rooms, wait times for some surgeries, and the implementation of service corridors for individuals suffering from chronic disease or reduced autonomy due to aging (MSSS, 2011). These political imperatives give little attention to the social determinants of health and the importance of prevention. The Minister's emphasis on the importance of *lean management* in the reorganization of work is also a source of concern.

For the governance of establishments (Bill 127), skies clouded over in the spring of 2011 with Minister Bolduc's attempt to subject the work of boards of directors to his personal authority, which generated rarely seen unanimous discontent. The establishment of the *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS), responsible for evaluating social practices, and whose board of directors includes no social worker, also indicates the importance, which the MSSS attaches to this profession.

The OTSTCFQ tracked the impact of the creation of the CSSS on the organization of the work and practices of social workers, by creating a committee, which gathered considerable data (2006-2010) from both stakeholders and social managers. Every day, personnel express their discontent with multiple reassignments and modifications to their tasks that do not take into account the expertise they have developed, and the perception of a heavier workload with often non-existent support. And clinical and administrative managers essentially confirm their personnel's perceptions (OTSTCFQ, 2010).

How can we react to ensure that this public network continues to meet the needs of the sometimes victimized, often voiceless clients for whom we work? What types of professional support (supervision, professional framework, frame of reference, etc.) yields the most encouraging results? Do efforts to provide a framework for practice related to the implementation of Bill 21 by the OTSTCFQ constitute an effective approach? We are looking for articles attesting to initiatives taken by practitioners and managers as well as practical cases that will shed new light and allow us to discover avenues likely to inspire other social workers.

Claude Larivière, S.W., Coordinator

For the *Intervention Journal* committee

DEADLINE FOR SUBMITTING ARTICLES: DECEMBER 9, 2011

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)

References

Chauvière, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*, Paris : La Découverte.

MSSS (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec.

OTSTCFQ (2010). *Rapport synthèse du Comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux*.

# À travers les âges... les soins en fin de vie

**INTERVENTION**  
**N° 134**

## Éditorial

*par Isabelle Côté et Louise Provost* ..... 3

## Articles thématiques

**Mourir dans la dignité et en sérénité, pour tous**  
*Entrevue réalisée par Isabelle Côté avec Yoon Bureau* ..... 6

**Extraits du mémoire présenté par l'OTSTCFQ à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité** ..... 15

**Le lien social en soutien à la vie des personnes âgées**  
*par Josée Grenier* ..... 24

**Impacts de la création des CSSS sur les pratiques psychosociales dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**  
*par René Lachapelle, Sébastien Savard, Danielle Maltais, Marielle Tremblay et Denis Bourque* ..... 35

## Articles hors thématique

**Le Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec : quelle correspondance avec la réalité de la pratique?**  
*par Daniel Turcotte* ..... 46

**Une intervention de groupe favorisant l'appropriation du pouvoir chez des personnes ayant un problème de santé mentale et une déficience intellectuelle**  
*par Marie-France Racine-Gagné, Jessica Gauthier, Katherine Hauenherm et Marie-Joèle Lacourse* ..... 62

**Importance des échanges entre chercheurs et praticiens pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques : études de cas en centre jeunesse**  
*par M.-J. Gervais, François Chagnon, Cécile Tron-Bardon et André Paccioni* ..... 69

**Travail social, immigration et innovations : l'expérience Kouzin Kouzin'**  
*par Merlaine Chrispin-Brutus et Ghislaine Legendre* ..... 79

## Pistes de lecture

**La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels**  
*de Gaétane Desharnais*  
*commenté par Richard Silver* ..... 90

**Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire**  
*sous la direction de Pauline Morissette et Marielle Venne*  
*commenté par Caroline Jacques* ..... 94

**L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui. Portrait d'une pratique sociale diversifiée**  
*sous la direction de Christine Corbeil et Isabelle Marchand*  
*commenté par Louise Provost* ..... 96

**Politique éditoriale** ..... 98

**Editorial Policy** ..... 99

**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  
Sans frais : 1 888 731-9420  
[www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

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



**L'HUMAIN. AVANT TOUT.**