

INTERVENTION

DES PRATIQUES ÉVOLUTIVES



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

Présentationpar *Claude Larivière*, Ph. D., T.S., au nom du comité de rédaction 3**Articles thématiques**

Équipées pour quitter le centre jeunesse? Évaluation d'une intervention de soutien des adolescentes au moment du passage à la vie adulte par <i>Gilles Mireault, Patricia Bouchard et Mélanie Pagé</i>	5
Efficacité de la thérapie conjugale dans le traitement de la psychose chez un membre du couple par <i>Christine Mc Gowan</i> , M.S.s., T.S.	15
Une approche de développement des communautés dans le secteur de l'habitation destinée aux aînés : une étude de cas au Témiscamingue par <i>Catherine Bigonnesse</i> , M.S.s., <i>Suzanne Garon</i> , Ph. D., et <i>Marie Beaulieu</i> , Ph. D.	26
La collaboration : un enjeu incontournable en intervention à domicile pour lutter contre la maltraitance envers les aînés par <i>Annie Riendeau</i> , T.S., et <i>Marie Beaulieu</i> , Ph. D.	40
La détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur par <i>Pascale Roy</i> , M.S.s., T.S.	50
L'éducation par l'aventure comme outil de transformation du lien social par <i>Christiane Bergeron-Leclerc</i> , Ph. D., <i>Virginie Gargano</i> , M.A., <i>Maude Dessureault-Pelletier</i> , <i>Christian Mercure</i> , M.A., et <i>Mario Bilodeau</i> , Ed. D.	63
Travail social et déterminants de la santé par <i>Henri Dorvil</i> , Ph. D., T.S.	75

Pistes de lecture

<i>Parent au singulier. La monoparentalité au quotidien</i> de <i>Claudette Guilmaine</i> , T.S. commenté par <i>Éric Couto</i> , T.S., Ph. D.	79
<i>Théorie et pratique de la conscientisation au Québec</i> sous la direction de <i>Gisèle Ampleman</i> , <i>Linda Denis</i> et <i>Jean-Yves Desgagnés</i> commenté par <i>Stéphane Grenier</i> , T.S., Ph. D.	81
<i>Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux</i> sous la direction de <i>Simon Lapierre</i> et <i>Dominique Damant</i> , T.S. commenté par <i>Anne-Marie Bellemare</i> , T.S., et <i>Florence Godmaire-Duhaime</i> , stagiaire	83
<i>Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux</i> par <i>Jean-François Gaspar</i> commenté par <i>Yves Couturier</i> , Ph. D.	85

Politique éditoriale	87
Editorial Policy	88

MEMBRES DU COMITÉ DE LA REVUE

Martine Beaulieu, T.S.
 Éric Couto, T.S.
 Isabelle Magnan, T.S.

Joanie Robidoux, T.S.
 Émilie Rousseau-Tremblay, T.S.
 Marie Sénécal Émond, T.S.

PERSONNES-RESSOURCES

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

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

La revue *Intervention* est indexée dans *Repère* et dans *Social Services Abstracts*

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

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

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

Présentation du numéro 139 (2013.2)

Initialement, le comité de la revue avait lancé un appel de textes intitulé « *Processus transitoires et phénomène du passage dans la vie professionnelle* » parce que nous étions convaincus que les moments de transition jalonnant l'expérience professionnelle affectent les travailleurs sociaux. Nous pensions notamment aux nombreuses modifications introduites depuis quelques années par l'État dans la dispensation de ses services, aux défis soulevés par la conciliation entre le travail et la famille ou encore aux phénomènes migratoires qui touchent toutes les contrées sur notre planète et se reflètent tant sur l'origine de nos clientèles et sur leurs conditions de vie que sur l'origine de nos intervenants. À travers ces cas d'espèce se profilent des conséquences directes (sur nos vies et nos pratiques) et indirectes (sur les problèmes sociaux et les besoins des usagers) qui influencent les interventions sociales.

Si le processus d'insertion socioprofessionnelle des nouveaux travailleurs sociaux est une thématique peu abordée dans les écrits scientifiques produits au Québec, notre appel de textes n'a pas permis de l'enrichir. Au cours d'une réflexion collective à ce sujet, les membres du comité de la revue ont évoqué l'hypothèse que lorsque nous vivons intensément des changements, nous ne sommes pas encore prêts à en parler et encore moins à écrire sur ces aspects. Par contre, nous avons reçu des textes fort intéressants sur des pratiques en évolution et avons choisi de recentrer notre numéro en conséquence. Nous vous invitons à les découvrir.

Tout d'abord, au sujet des jeunes filles prises en charge en milieu de réadaptation jusqu'à leur majorité, Gilles Mireault, Patricia Bouchard et Mélanie Pagé, associés au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, s'interrogent sur le niveau de préparation offert aux jeunes appelées à quitter l'univers de protection que leur offrent les centres jeunesse pour poursuivre leur cheminement de vie. Dans « *Équipées pour quitter le centre jeunesse? Évaluation d'une intervention de soutien des adolescentes au moment du passage à la vie adulte* », ils soulignent qu'en raison de leur histoire difficile, ces jeunes filles doivent être préparées au passage du milieu institutionnel à une vie adulte autonome, qu'il s'agisse d'aspects pratiques comme la vie en appartement, prendre soin de sa santé, apprendre à gérer son budget, découvrir les ressources d'une communauté, mais, également, dans une perspective de réduction des méfaits, à aborder la question de la consommation de drogues et des comportements sexuels. En évaluant l'impact de leur passage dans l'unité Odyssée, les chercheurs constatent chez un certain nombre de participantes des améliorations sensibles, alors que pour d'autres leurs limites freinent les apprentissages.

Chez les adultes, Christine Mc Gowan, rattachée à une équipe multidisciplinaire du programme des troubles psychotiques de l'Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (Louis-Hyppolite-Lafontaine), s'intéresse à l'« *Efficacité de la thérapie conjugale dans le traitement de la psychose chez un membre du couple* ». En explorant les meilleures pratiques dans le traitement de la psychose, et plus particulièrement l'apport spécifique des thérapeutes conjugaux et familiaux, elle nous propose une analyse des moments clés d'évolution des cas cliniques rencontrés dans sa pratique en vue de cerner les facteurs qui contribuent à l'efficacité thérapeutique.

Par la suite, trois articles traitent des personnes en perte d'autonomie en raison de l'âge. Le premier aborde l'importance de développer une offre adaptée de logements à l'intention de ces personnes pour s'assurer de leur pleine intégration à la vie dans la communauté, et ce, dans un contexte régional. Catherine Bigonnesse (doctorante en gérontologie à l'université Simon Fraser de Vancouver) et deux professeures chercheuses du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS de Sherbrooke, Suzanne Caron et Marie Beaulieu, nous présentent « *Une approche de développement des communautés dans le secteur de l'habitation destinée aux aînés : une étude de cas au Témiscamingue* ». Leur recherche dans 22 municipalités constitue l'un des sept projets-pilotes d'une recherche-action sur les *Villes amies des aînés au Québec*. Au-delà du seul enjeu d'un logement adapté aux besoins et aux revenus des personnes aînées, c'est l'articulation entre le logement, le soutien social et l'intégration dans la

communauté et ses réseaux de services qui y est explorée. La reconnaissance des besoins, la mobilisation de la communauté, l'identification d'un promoteur, la constitution de partenariats représentent autant d'étapes à franchir pour développer une offre d'habitation adaptée dans laquelle des aînés s'impliqueront.

Dans le second texte, Annie Riendeau (M.S.s., Université de Sherbrooke) et Marie Beaulieu (chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS de Sherbrooke) nous proposent, dans « La collaboration : un enjeu incontournable en intervention à domicile pour lutter contre la maltraitance envers les aînés », de recourir à l'intervention coordonnée d'une équipe de professionnels travaillant dans une perspective interdisciplinaire.

S'intéressant à un autre aspect de cette étape de la vie, Pascale Roy partage sa réflexion sur « La détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur ». Ici, la dimension éthique occupe une place importante dans un contexte où le travailleur social doit promouvoir l'autonomie, la protection et les droits de la personne.

Dans un domaine tout à fait différent, le texte « L'éducation par l'aventure comme outil de transformation du lien social », issu de la collaboration de Christiane Bergeron-Leclerc, Ph. D., Virginie Gargano, M.A., Maude Dessureault-Pelletier, Christian Mercure, M.A., et Mario Bilodeau, Ed. D., ouvre des perspectives intéressantes sur le développement de rapports sociaux à partir de l'évaluation d'un programme d'éducation, par l'aventure implanté dans une école secondaire alternative.

Enfin, présenté dans le cadre du symposium organisé par l'Ordre, le 7 octobre 2013, sur le thème de la santé mentale et de l'intervention sociale et retravaillé par son auteur, Henri Dorvil, T.S., professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal, le texte intitulé « Travail social et déterminants de la santé » nous permet de mieux comprendre comment nos connaissances ont évolué sur les interactions entre ces deux aspects, en lien avec la santé mentale des personnes.

Pistes de lecture

Quatre pistes de lecture sont soumises à votre attention dans ce numéro. *Parent au singulier. La monoparentalité au quotidien* de Claudette Guilmaine, T.S. (Éditions du CRAM/Éditions CHU Sainte-Justine, 2012), fait l'objet d'une recension d'Éric Couto, T.S., Ph. D. Dans ce livre, l'auteure explore les défis auxquels sont confrontés les parents monoparentaux, qu'ils soient pères ou mères, et constate de nombreux points communs entre les situations vécues et les questionnements de ces personnes.

Pour sa part, Stéphane Grenier, Ph. D., T.S., commente *Théorie et pratique de la conscientisation au Québec*, livre qui reflète cette approche visant la défense des personnes les plus démunies. L'un des intérêts de ce livre est de reposer sur le témoignage de praticiens d'expérience.

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux, livre publié sous la direction de Simon Lapiere et Dominique Damant, T.S., aux Presses de l'Université du Québec (en 2012), fait l'objet de la recension conjointe d'Anne-Marie Bellemare, T.S., et de Florence Godmaire-Duhaim, stagiaire. Ce livre présente une douzaine de contextes différents dans lesquels la maternité peut être vécue.

Enfin, Yves Couturier, Ph. D., examine pour sa part le livre *Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, publié par Jean-François Gaspar aux Éditions La découverte, en France (2012). Cet ouvrage porte sur la façon dont les travailleurs sociaux européens s'y prennent pour tenter de survivre alors qu'ils sont aux prises avec la souffrance humaine et qu'ils n'ont pas véritablement le pouvoir de changer les choses dans leur intervention quotidienne.

Suit l'appel de textes préparé par Éric Couto, M.S.s., T.S., et Martine Beaulieu, M.S.s., T. S, pour le numéro 141 qui sera publié à la fin de 2014 sur le thème « Défis actuels de l'intervention auprès des couples et des familles ».

Bonne lecture!

Claude Larivière, Ph. D., T.S.

Pour le comité de la revue *Intervention*

Équipées pour quitter le centre jeunesse? Évaluation d'une intervention de soutien des adolescentes au moment du passage à la vie adulte

par

Gilles Mireault

Chercheur d'établissement

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Patricia Bouchard

Agente de planification, de programmation
et de recherche

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Courriel : PatriciaBouchard.cj03@ssss.gouv.qc.ca

Mélanie Pagé

Éducatrice

Impact des programmes favorisant le cheminement vers l'autonomie offerts aux adolescentes hébergées en centres de réadaptation du Centre jeunesse de Québec en 2011-2012. Brève description des outils utilisés.

The impacts of the programs that are helping the teenagers, under the care of the Quebec Centre jeunesse rehabilitation centres, towards a better transition to autonomy. Brief description of the tools used by these programs.

Contexte

Depuis quelques décennies, les conditions de passage à l'âge adulte se sont modifiées entraînant un prolongement de la jeunesse et une désynchronisation des seuils de transition à la vie adulte (Bidart, 2006). Légalement, bien que ce passage s'effectue à l'âge de la majorité, l'atteinte de l'autonomie se produit plus tardivement (Rutman, Hubberstey, Feduniw et Brown, 2007). Les adolescents qui entrent dans la vie adulte après un séjour prolongé en milieu substitut sont particulièrement vulnérables lors de cette transition qui est souvent vécue en accéléré (Goyette et Royer, 2009; Stein, 2006) et,

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 5-14.

de surcroît, avec un soutien affectif et financier déficitaire (Goyette, 2007). Cette transition est souvent synonyme de rupture de soutien social, d'autant plus que ces jeunes entretiennent peu de relations avec leurs familles (Rutman et al., 2007; Wade, 2008). Les jeunes qui ont une longue histoire de services en centre jeunesse présentent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle plus importantes que ceux de la population générale (Yergeau, Pauzé et Toupin, 2007). Chez ces jeunes adultes, la littérature scientifique fait état de déficits sur différents plans (emploi, éducation, logement et finances) et d'une vulnérabilité importante (problèmes de toxicomanie, criminalité, santé mentale et grossesse précoce) (Goyette et Turcotte, 2004; Yergeau et al., 2007). Compte tenu du cumul de conditions adverses avec lesquelles les jeunes sont aux prises, l'obtention d'un soutien pour mieux se préparer à cette transition est essentielle (Goyette et Royer, 2009). Ce soutien devrait même être poursuivi au-delà de leurs 18 ans (Goyette, Morin et Boislard, 2008). Afin de mieux préparer les jeunes à la vie adulte, ces auteurs recommandent le développement d'interventions prenant mieux en compte les enjeux relatifs à la sortie du centre jeunesse pour les jeunes ayant connu des placements de longue durée.

Depuis 2009, une offre de services personnalisée visant la préparation à la vie adulte des jeunes filles placées jusqu'à leur majorité a été mise en place au CJQ-IU. C'est dans cette perspective qu'un programme de préparation à l'autonomie a vu le jour à l'unité Odyssée. Afin d'examiner l'efficacité de cette intervention, l'équipe d'intervenants a voulu savoir, d'une part, si les activités et la structure de l'unité soutiennent bien les jeunes filles dans leurs apprentissages pour l'autonomisation et, d'autre part, si les acquis se maintiennent à la sortie du centre jeunesse.

La présente évaluation s'inscrit dans le cadre du *Projet d'évaluation des pratiques* (PEP) qui favorise l'appropriation d'une démarche évaluative par les intervenants. Cette démarche

nécessite l'affectation d'un intervenant social supervisé par un chercheur et une professionnelle de recherche de l'établissement.

Description de l'intervention réalisée à l'unité Odyssée

L'unité Odyssée est un milieu de réadaptation qui accueille des adolescentes généralement âgées de 16 ans et plus. Au moment de l'étude, l'âge moyen des adolescentes (n = 16) placées à l'unité Odyssée était de 17,1 ans (ÉT = 0,6). Parmi elles, neuf avaient obtenu une ordonnance de placement jusqu'à leur majorité. Les principaux motifs de placement sont les troubles de comportement. La majorité a des problèmes de consommation, de délinquance, de violence, des fréquentations à risque, etc. La plupart (n = 11) présentent également d'autres problématiques comportementales (troubles de déficit de l'attention/hyperactivité, d'opposition avec provocation, de personnalité limite) diagnostiquées par un médecin; neuf d'entre elles ont reçu un traitement de médicaments à la suite du diagnostic. En moyenne, ces jeunes sont demeurées 6,9 mois (ÉT = 5,2) à l'unité Odyssée ont reçu des services du CJQ-IU pendant plus de quatre ans.

Considérant l'historique de placement de ces jeunes filles et la lourdeur des difficultés présentées, il y a fort à parier que celles-ci vivront des difficultés à l'âge adulte, d'autant plus que plusieurs seront laissées à elles-mêmes à 18 ans. Ce sombre pronostic justifie la mise en place de mesures pour outiller ces jeunes filles à vivre de façon autonome.

Les activités mises en place à l'Odyssée ciblent la préparation à la vie adulte et visent à combler les lacunes existantes des adolescentes sur le plan de l'autonomie fonctionnelle. À partir du Processus de préparation à l'autonomie (Pagé et St-Gelais, 2009) qui propose des activités de préparation à la vie adulte, les intervenants de l'Odyssée cherchent à développer la responsabilisation, l'interdépendance avec le milieu et les ressources communautaires et, surtout, la capacité d'autonomie des jeunes. Ces objectifs sont similaires à ceux poursuivis par le *Programme Qualification des jeunes* (PQJ) qui visent la préparation à l'autonomie en favorisant le développement d'un réseau social et de soutien ainsi que la qualification du jeune

en vue de son insertion socioprofessionnelle. (ACJQ, 2006; Morin, 2003; 2004). Cependant, l'intervention s'adresse à une clientèle hébergée en centre jeunesse qui n'est pas nécessairement retenue par le PQJ, compte tenu de ses limites concernant le nombre de participants acceptés et les critères d'admission à respecter. Comme le degré d'autonomie varie d'une jeune à l'autre, les interventions sont individualisées. Pour favoriser l'autonomisation des jeunes, les lieux physiques sont aménagés différemment de ceux qu'on retrouve dans une unité de vie régulière. Toutes les mesures éducatives sont basées sur des valeurs de respect, d'honnêteté et de confiance. Les intervenants tentent aussi d'amener la jeune à autoévaluer son état émotionnel ou son comportement inadéquat et à trouver des moyens socialement acceptables de le modifier.

Des activités cliniques obligatoires portant sur la sexualité et la toxicomanie sont offertes et adaptées aux besoins particuliers des filles. En plus des activités de groupe, une intervention spécifique sur les dépendances est réalisée individuellement. Guidés par les principes de l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002; Prochaska et DiClemente, 1982) et l'approche de la réduction des méfaits (MSSS, 1999), les intervenants de l'Odyssée discutent quotidiennement de drogues avec les filles. Les habiletés sociales sont travaillées en atelier hebdomadaire et leur pratique est intégrée à la vie quotidienne. Aucun horaire de ménage, de lavage et de téléphone n'est préétabli par les éducateurs. Les jeunes doivent s'entendre entre elles, comme si elles vivaient en colocation. Une activité de régulation de la colère est réalisée à partir de jeux de rôles, principalement sur des thèmes reliés à la vie en appartement. Un atelier de cuisine a été mis en place pour développer les habiletés culinaires des jeunes et les aider à faire une épicerie. Une activité *Prendre soin de soi* est organisée afin de conscientiser les jeunes à leur santé et à la prise de médicaments de façon autonome. Une activité sur le budget est également offerte afin de permettre aux jeunes d'apprendre à bien gérer leur argent. Pour faciliter leur passage dans le monde adulte, des organismes communautaires réservés spécifiquement à cette clientèle sont visités de façon bimensuelle. La collaboration avec ces partenaires est essentielle pour faciliter leur

accès à des ressources du milieu lorsqu'elles quitteront le centre jeunesse.

Compte tenu de la fréquence des fugues de certaines filles, les intervenants de l'Odyssée ont développé un processus de gestion personnalisé des fugues permettant d'en comprendre le sens et de tenir compte à la fois des besoins d'autonomie de ces jeunes et des préoccupations de protection des intervenants. Leurs interventions sont axées sur la confiance et la communication. L'intervention en contexte de fugue nécessite la mise en place de mesures de protection flexibles et adaptées à chaque adolescente (Di Tirro, Hamel, Flamand et Courchesne, 2009; Fredette et Plante, 2004; Hamel et al., 2012). Dans une perspective de réduction des méfaits, les intervenants discutent ouvertement de la fugue et des ressources disponibles dans la communauté pour soutenir les fugueuses. Puisque le maintien du lien avec la jeune est prioritaire, ils sensibilisent les filles à l'importance de téléphoner pour s'assurer qu'elles ne sont pas en danger et ils les encouragent à revenir d'elles-mêmes. Peu importe la façon dont les filles reviennent, une rencontre d'écoute a toujours lieu au retour. On y évalue la *compromission* et le risque que l'évènement se répète. Cet échange permet également de comprendre comment l'expérience a été vécue. Cette façon de gérer les risques associés à la fugue vise à les protéger, tout en leur permettant de vivre une expérience qui peut contribuer, qu'elle soit positive ou non, au développement de leur autonomie.

Évaluation de l'intervention

L'objectif de la présente évaluation est de documenter le cheminement vers l'autonomie des adolescentes qui transitent par l'unité Odyssée.

Considérations méthodologiques

Cette évaluation est menée conjointement par des chercheurs et des intervenants du CJQ-IU. Elle s'appuie sur un protocole préexpérimental comportant des mesures pré-test, post-test et de relance. La première mesure est prise à l'arrivée à l'unité Odyssée, la deuxième quelque temps avant le départ de l'unité et la troisième, trois à six mois plus tard. Les mesures retenues sont quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont été recueillies lors des mesures pré et post-test alors que les données qualitatives

l'ont été pendant l'entrevue de relance. La collecte de données s'est déroulée de septembre 2011 à septembre 2012 auprès de toutes les filles qui ont séjourné à l'unité. Ces dernières ont signé un formulaire de consentement pour participer au projet et donné leur autorisation à être contactées pour l'entrevue de relance à la fermeture du dossier.

Description des instruments de mesure

À l'exception de l'entrevue de relance, tous les instruments retenus pour l'évaluation étaient déjà utilisés à l'unité. Ils ont été administrés par les intervenants lors des mesures pré et post. L'entrevue de relance a été réalisée par l'intervenante affectée au soutien de la démarche d'évaluation de l'équipe.

L'Ansell-Casey Life Skills Assessment

(ACLSA – Adolescent 4) a été développé aux États-Unis et traduit en français par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Ce questionnaire mesure le degré d'autonomie fonctionnelle sur une échelle de 0 à 100 points. Il comporte 134 questions à choix de réponses qui portent sur les domaines de la vie quotidienne tels que le logement et les ressources communautaires, la gestion financière, la capacité à prendre soin de soi, le développement social, les habitudes scolaires et de travail. Même si les échelles ne spécifient pas de seuil d'autonomie, les intervenants jugent que les jeunes présentent un degré d'autonomie fonctionnelle satisfaisant lorsque les résultats se situent au-dessus de 60 points sur 100.

Le *Questionnaire des ressources* est un outil maison comportant 14 questions. Il a été développé par l'unité Odyssée. Il évalue le niveau de connaissances des adolescentes sur les ressources et les organismes du milieu qui pourront répondre à leurs besoins lorsqu'elles seront adultes (ex. : santé, hébergement, nourriture, protection, travail, justice, dépendance, budget, etc.).

Le *Questionnaire Mon réseau de soutien* provient du *Carnet de voyage à travers ma vie (échelle 5)* (Drapeau et al., 2001). Il permet aux jeunes d'exprimer leurs besoins affectifs, matériels, informationnels et d'identifier les personnes sur lesquelles elles peuvent compter pour les soutenir et répondre à ces besoins.

La *Grille DEP-Ado* (Landry et al., 2004) est un questionnaire bref qui permet de dépister une consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents. Il indique à l'intervenant s'il y a lieu d'intervenir ou de recommander la jeune à un organisme de première ligne ou spécialisé en toxicomanie.

L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT-Ado) (Germain, Landry et Bergeron, 2003) évalue la gravité des problèmes de toxicomanie chez les adolescents et des autres difficultés associées à cette problématique. Il situe et oriente la jeune vers la meilleure ressource de traitement. Ce questionnaire est géré par un professionnel externe.

L'outil *Roue du changement* provient du modèle transthéorique de changement (Prochaska et DiClemente, 1982). À partir d'observations cliniques réalisées conjointement par deux intervenants, ces derniers situent le jeune selon cinq stades motivationnels : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien.

Une *Grille d'observation des habiletés culinaires* comportant 20 habiletés a été élaborée afin de juger des compétences culinaires des résidentes.

Une *Grille d'entretien semi-structurée* a aussi été développée pour l'entrevue de relance. Ce canevas comprenant 11 questions ouvertes permet de faire le point sur leur situation actuelle. Durant une heure, l'entrevue permet à l'intervenant d'aborder l'état général de la jeune (état psychologique, difficultés, bons coups, etc.), de vérifier le maintien ou non des apprentissages faits à l'Odyssee et d'apprécier l'utilité de ces acquis dans leur vie adulte.

Analyse des données

Dans un premier temps, des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées

sur les domaines d'autonomie de l'ACLSA par le chercheur. Dans un second temps, des grilles de classification ont été élaborées afin de situer le cheminement de chaque participante en fonction de deux critères : la variation des résultats entre les deux temps de mesure et la validation clinique des observations des intervenants obtenue par consensus, en rencontre d'équipe. Ce processus permet de réduire les biais d'interprétation potentiels des intervenants. Ainsi, cinq niveaux de changement ont été déterminés : 1) détérioration, 2) stable négatif, 3) stable positif, 4) amélioration et 5) très grande amélioration. À titre d'exemple, la grille de classification des domaines d'autonomie est présentée au tableau 1, ci-dessous.

Les catégories incluses dans les différentes grilles de classification ne sont pas validées scientifiquement. Même si un jeune est classé « amélioré » selon les résultats, la valeur réelle de cette amélioration demeure incertaine. C'est pourquoi, en plus de ce classement, les résultats ont été examinés par les éducateurs qui connaissent les jeunes, afin de s'assurer que ce classement reflète bien la réalité clinique observée.

Pour apprécier les changements concernant les problèmes de toxicomanie, trois instruments cliniques ont été utilisés : le *Dep-Ado*, l'*IGT-Ado* et la *Roue du changement* selon les catégories présentées dans le tableau 2.

Deux questionnaires (*Questionnaire des ressources* et *Questionnaire Mon réseau de soutien*) ont servi à évaluer les changements observés sur le plan du soutien social. En plus de l'appréciation quantitative par des mesures pré et post, l'appréciation qualitative des liens par les intervenants détermine jusqu'à quel point des changements en soutien social, selon la même classification par catégories, sont survenus. Enfin, une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990)

Tableau 1 : Échelle de classification des domaines d'autonomie de l'ACLSA

Catégories	Signification des catégories
Détérioration	Résultat post, résultat pré et différence ≥ 20 points
Stable négatif (S -)	Résultat pré ≤ 59 points et différence post-pré < 20 points
Stable positif (S +)	Résultat pré ≥ 60 points et différence post-pré < 20 points
Amélioration	Résultat post $>$ résultat pré et différence ≥ 20 et ≤ 50 points
Très grande amélioration	Résultat post $>$ résultat pré et différence ≥ 51 points

Tableau 2 : Échelle de classification pour l'indice de toxicomanie

Catégories	Signification des catégories		
	Dep-Ado et IGT	Roue du changement	Observations cliniques
Détérioration	Refus de suivi	Pré-contemplation, contemplation	Psychose toxique, rechute
Stable négatif (S -)	Refus de suivi	Même stade en pré-post	Présence de consommation
Stable positif (S +)	Suivi possible	• Changement stade ou maintien de la non-consommation	• Absence de consommation en pré ou diminution de la consommation lors du placement
Amélioration	Suivi possible	• Changement stade	• Diminution ou absence de consommation et des effets associés, présence d'un suivi

a été réalisée à partir des résultats recueillis lors des entretiens de relance.

Résultats – Domaines d'autonomie de l'ACLSA

Une analyse de variance sur mesures pré et post a permis de vérifier dans quelle mesure les résultats pré et post diffèrent réellement. En sciences sociales, on accepte qu'une différence entre deux moyennes puisse être considérée comme réelle si la probabilité d'erreur est moindre que 5 %; c'est ce qu'on appelle le seuil de signification « p ». Le tableau 3 présente les résultats de ces analyses pour les domaines d'autonomie de l'ACLSA.

À partir du tableau, on constate qu'aucune des différences aux résultats pré-post n'atteint un seuil plus petit que 0,05 ($p < 0,05$). On en conclut que les différences ne sont pas réelles et que les résultats des mesures pré et post ne diffèrent pas. Les changements entre les deux temps de mesure étant probablement attribuables au hasard. On peut également poser l'hypothèse que la taille de l'échantillon

est insuffisante pour atteindre la puissance statistique nécessaire à détecter une différence significative entre les deux mesures ou que les différences entre les deux mesures ne sont pas suffisamment importantes pour atteindre un seuil statistique significatif ($p < 0,05$).

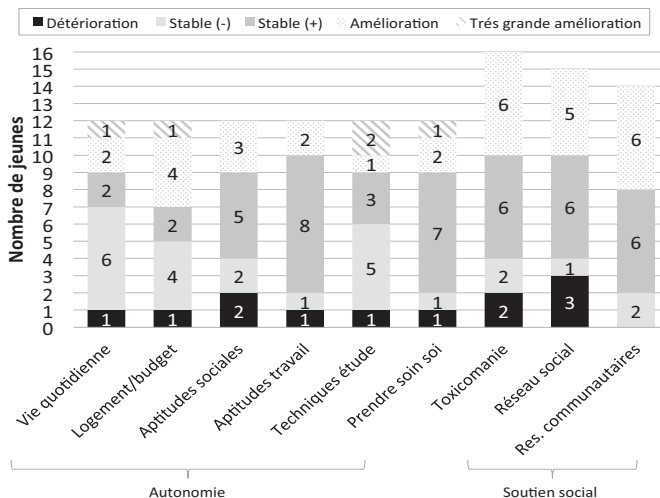
De façon descriptive, on observe une augmentation de la moyenne obtenue entre les mesures pré et post pour quatre domaines de l'ACLSA (Vie quotidienne, Technique étude, Logement/budget, Prendre soin de soi). En ce qui concerne les trois premiers domaines, les résultats obtenus à la mesure post se rapprochent du seuil considéré comme fonctionnel par les intervenants (60 points et plus).

Le graphique 1, page 10, présente la distribution des jeunes selon les catégories de changement déterminées précédemment (réf. : tableaux 1 et 2) concernant les domaines d'autonomie de l'ACLSA, la toxicomanie, le réseau social et les ressources communautaires. Les chiffres inscrits dans les histogrammes indiquent le nombre de filles par catégorie.

Tableau 3 : ANOVA sur les domaines d'autonomie de l'ACLSA (n = 12)

	Moyennes pré	Moyennes post	valeur p
Vie quotidienne	39,0	52,8	0,09
Technique étude	43,4	59,5	0,11
Logement/budget	40,2	54,3	0,08
Aptitudes sociales	71,5	69,3	0,8
Prendre soin de soi	72,5	80,8	0,4
Aptitudes au travail	81,0	80,1	0,9

Graphique 1 : Cheminement des participantes durant leur séjour à l'unité Odyssee (n = 16)



Les résultats concernant les domaines d'autonomie indiquent que plusieurs jeunes présentent des capacités leur permettant de s'accomplir et d'être fonctionnelles (Stable +) particulièrement dans les domaines Aptitudes sociales (n = 5), Aptitudes au travail (n = 8) et Prendre soin de soi (n = 7). Ces jeunes arrivent à l'unité avec certaines forces qu'elles maintiendront jusqu'à leur départ. Elles sont toutefois moins nombreuses dans cette catégorie pour les domaines Vie quotidienne (n = 2), Logement/budget (n = 2) et Techniques d'étude (n = 3). Quelques-unes arrivent à l'unité avec des capacités, mais leur état se détériorera au point de devenir non fonctionnelles (Détérioration) dans la plupart des domaines d'autonomie. Aux dires des intervenants, ces adolescentes représentent des cas particuliers. Parmi elles, certaines sont affectées par de graves problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'un certain nombre de filles se sont améliorées ou grandement améliorées dans tous les domaines d'autonomie. Pour les domaines Vie quotidienne (n = 3), Logement/budget (n = 5) et Techniques d'étude (n = 3), ces jeunes filles sont même passées de non fonctionnelles (résultat < 60) à leur arrivée à l'unité à fonctionnelles (résultat > 60) lors de leur départ. Concernant les domaines Aptitudes sociales (n = 3), Aptitudes au travail (n = 2) et Prendre soin de soi (n = 3), certaines filles présentaient déjà de bonnes capacités à

leur arrivée (résultat > 60), mais elles ont tout de même fait des acquis durant leur séjour à l'unité. À l'inverse, on constate qu'un certain nombre ne semblent pas avoir la capacité de se réaliser (Stable -) dans tous les domaines, mais plus encore en Vie quotidienne (n = 6), Logement/Budget (n = 4) et Techniques d'étude (n = 5). Ces jeunes présentent des limites personnelles qui freinent leurs apprentissages.

La toxicomanie

Selon le graphique, 1,75 % (n = 12) des filles sont abstinentes ou ont diminué significativement leur consommation problématique pendant leur passage à l'Odyssee (Stable + et Amélioration). À l'inverse, 13 % (n = 2) ont maintenu leur consommation problématique (Stable -) ou ont augmenté leur consommation (Détérioration) (n = 2). Ces dernières sont connues pour leurs fugues répétitives et sont limitées dans les sorties pour éviter qu'elles se mettent en danger à cause de leur consommation excessive (psychose toxique).

Le soutien social

Comme le montre le graphique 1, la plupart (n = 11/15) ont déjà un réseau social satisfaisant ou l'ont amélioré durant leur séjour à l'Odyssee (Stable + ou Amélioration). Une jeune a maintenu ses liens négatifs (Stable -) alors que trois autres ont perdu leur réseau social à leur sortie de l'Odyssee (Détérioration).

Ces résultats montrent la difficulté pour ces jeunes à développer un réseau de soutien à l'extérieur de l'unité. Par ailleurs, on constate que plusieurs jeunes (n = 6, Stable +) connaissent déjà des ressources communautaires. Certaines (n = 2) en connaissaient peu et n'ont pas augmenté leur connaissance du réseau (Stable -). Dans l'ensemble, plusieurs jeunes (n = 12) ont pu parfaire leurs connaissances du milieu communautaire durant leur passage à l'Odyssée (Stable + et Amélioration).

Les habiletés culinaires

Les informations obtenues à partir de la *Grille d'observation sur les habiletés culinaires* (non illustrées dans le graphique 1) démontrent que plus de la moitié des adolescentes (n = 7/13) possédaient déjà des aptitudes en cuisine (au moins 15 habiletés sur 20) à leur arrivée à l'Odyssée. Douze d'entre elles ont acquis au moins deux nouvelles habiletés à la suite de leur passage à l'unité.

En conclusion, la catégorisation des jeunes filles selon leur évolution (calcul des résultats et validation clinique des intervenants) pour chaque domaine d'autonomie permet de mieux apprécier leur cheminement individuel et de dresser un portrait de groupe, alors qu'une analyse de variance axée sur les moyennes de groupe ne permettrait pas de conclure à des changements statistiquement significatifs dans le groupe.

Les vérifications effectuées permettent de conclure qu'aucun lien n'existe entre la durée du séjour à l'unité et les changements observés chez les jeunes. Au-delà d'une durée de séjour minimale, les améliorations peuvent être associées à d'autres facteurs tels que la motivation au changement, l'encadrement des intervenants, l'accès à un réseau de ressources, le type d'habiletés à développer et fort probablement le potentiel des participantes.

Résultats aux entrevues de relance

Même si la majorité des filles rencontrées (n = 9/14) disent qu'elles vont bien, la transition vers la vie adulte demeure difficile. Elles vivent de l'instabilité résidentielle, sont sans emploi, bénéficient d'une aide financière de dernier recours ou effectuent une démarche pour l'obtenir. Certaines filles ont un rôle social, c'est-à-dire qu'elles vont à l'école

ou occupent un emploi, même si ce dernier est souvent précaire ou illégal (travail au noir, massage érotique). « Je n'ai pas assez d'argent pour subvenir à mes besoins sur le BS, donc je fais une couple de délits pour avoir du cash, juste ce qu'il faut pour arriver ».

Peu importe leur niveau de revenus, toutes ont des difficultés à gérer leur argent : « Je gaspille tout (mon chèque de BS), pis j'ai de la misère à m'organiser ». La plupart avouent mal se nourrir, malgré leur connaissance des ressources alimentaires : « Je ne mange pas autant que je veux, mais je m'organise. Je ne veux pas aller demander la charité ».

Les jeunes conservent un réseau social limité. Bien que la plupart (n = 11) utilisent les ressources disponibles dans la communauté, elles sont nombreuses à rappeler l'Odyssée pour obtenir une aide informelle. Au quotidien, ces jeunes ont du mal à prendre soin d'elles et ont besoin de soutien pour aller à leurs rendez-vous médicaux.

Au moment de la relance, cinq jeunes ont maintenu leur non-consommation : « Je n'ai pas reconsommé ni fait de la prostitution, je me sens encore fragile. C'est sécurisant d'être encore encadré [par une ressource adulte] ». Les trois filles qui consommaient à leur sortie consomment toujours et poursuivent leurs activités criminelles. Deux d'entre elles ont été incarcérées : « J'ai recommencé à consommer pas mal n'importe quoi. Pis je suis entrée en prison un soir pour vol de char ».

Pour la plupart, la sortie de l'Odyssée n'est pas facile. Elles vivent des difficultés, mais se débrouillent et s'adaptent tranquillement à leur nouvelle vie. Certaines dressent un bilan plus négatif de leur vie adulte et sont plutôt fatalistes : « Je suis institutionnalisée, pis ma vie n'ira jamais bien car j'ai trop de problèmes » ou « Chu dans m... comme je l'avais prédit ». Une autre demeure tout de même positive : « Ça va de mieux en mieux, j'ai encore des moments où je trouve cela dur, mais j'essaie de regarder le positif. »

Elles ont des opinions mitigées sur les apprentissages réalisés à l'Odyssée. Certaines avouent n'avoir rien appris alors que d'autres disent avoir fait des apprentissages relationnel, comportemental, personnel et social. Ainsi, certaines ont appris « à être honnête et à faire

confiance » ou « à être plus proche des adultes ». Plusieurs (n = 10) admettent toutefois que la pratique des habiletés et les liens développés avec le personnel de l'Odyssee les ont aidées concrètement à la préparation à l'autonomie. Une jeune mentionne que le « pratico-pratique » est aidant pour la préparation à la vie adulte. De l'avis de certaines, la structure de fonctionnement à l'Odyssee faciliterait les apprentissages. « Le fait d'être avec un groupe de filles plus vieilles, les règles plus louses, l'horaire qui est différent. On peut voir les filles quitter et choisir de quitter ou non comme elles. On n'est pas forcées à rien, on constate tout simplement (...) ».

Il semble que ce passage ait permis de répondre à différents besoins. « [J'ai appris] à prendre soin de moi... c'est pas facile pis c'est une job d'une vie, mais je veux penser à moi avant les autres ». « L'Odyssee m'a vraiment aidée. J'ai appris sur moi-même, mes sentiments, comment les reconnaître, les identifier et les partager. Ça m'a fait grandir ».

Lorsqu'on questionne les jeunes sur ce qu'on doit retenir de leur entrevue, l'émotivité prend le dessus. Les réponses vont dans des directions opposées. Cinq sont contre la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) en général : « Faut qu'ils comprennent que le centre d'accueil ça marche pas pour tout le monde, on a un code génétique... ». Cinq ont aimé l'Odyssee et cela semble avoir répondu à un besoin : « Ça m'a fait du bien d'aller à l'Odyssee. J'étais aimée ».

Une fois sorties de l'Odyssee, une majorité des adolescentes gardent espoir en l'avenir; elles aspirent à une « vie normale ». Une majorité d'entre elles souhaitent réaliser des projets au cours de l'année, s'accomplir (travail ou retour aux études). Une seule est plus fataliste : « Je ne suis pas sûre que je vais être encore là dans dix ans ou sinon je vais être en prison ».

Limites de la démarche

Le protocole utilisé comporte plusieurs limites quant à sa capacité à attribuer les changements observés à l'intervention mise en place, car aucun groupe témoin n'est utilisé. Il est en effet possible que la maturité acquise par les participantes au cours de leur séjour explique les changements obtenus. De plus, l'implication

des intervenants dans la collecte des données a pu influencer les résultats. En plus d'influer sur leurs propres comportements, les attentes des intervenants envers l'évaluation ont pu amener les jeunes à répondre de manière à les satisfaire. Cependant, le recours à des outils de mesure objectifs et la validation des résultats par plusieurs observateurs diminuent les biais potentiels dans l'évaluation des jeunes.

Discussion

Malgré les difficultés présentées par les jeunes filles de l'échantillon, les résultats démontrent que plusieurs possèdent déjà certaines habiletés ou acquièrent des capacités d'autonomie à la suite de leur passage à l'Odyssee. Compte tenu de l'état d'institutionnalisation de certaines filles qui vivent dans une ressource du centre jeunesse depuis l'enfance, il semble que la mise en pratique des activités d'autonomie favorise les apprentissages, et ce, dans tous les domaines. Par contre, plusieurs éprouvent des difficultés à les transposer ou à les maintenir une fois sorties de l'unité. Ces constats rejoignent ceux de Goyette et al. (2008) qui mentionnent que le soutien institutionnel serait insuffisant pour insérer le jeune dans un projet de vie constructif s'il ne se poursuit pas au-delà de la prise en charge par les centres jeunesse.

La programmation et la structure de fonctionnement de l'Odyssee contribuent à l'autonomisation et permettent aux jeunes filles de vivre dans un environnement semblable à celui qui les attend à 18 ans. De plus, l'individualisation de l'intervention mise en place respecte les réalités individuelles des jeunes filles et soutient le développement de leurs apprentissages. Les jeunes rapportent d'ailleurs que leur passage à l'unité a permis des apprentissages variés pouvant prévenir les difficultés d'insertion sociale et professionnelle auxquelles elles risquent d'être confrontées (Yergeau, Toupin et Pauzé, 2007).

Ces jeunes représentent une population hétérogène. En effet, les besoins auxquels il faut répondre prioritairement sont variables et dépendent souvent de l'âge d'entrée à l'unité. Lorsqu'elles ont presque 18 ans, on les prépare à vivre en logement, car elles retournent rarement vivre chez leurs parents. Même chose concernant la gestion du budget, l'accomplisse-

ment d'un rôle social et la connaissance des ressources du milieu. Ces actions sont susceptibles de les aider à avoir une meilleure qualité de vie, malgré une situation précaire qui semble se maintenir au début de l'âge adulte.

Pour les amener à se débrouiller seules, il serait pertinent d'investir rapidement dans le réseau de soutien existant (Wade, 2008; Rutman et al., 2007) et de prévenir l'isolement social. La santé devrait aussi être privilégiée afin qu'elles puissent obtenir un médecin de famille, se familiarisent avec le fonctionnement du système de santé et développent la capacité de prendre leurs médicaments. Par ailleurs, la prévention des grossesses précoces est un enjeu important pour ces jeunes filles qui demeurent vulnérables à leur sortie de l'unité (Goyette et Turcotte, 2011).

Cela dit, il serait souhaitable de les exercer à l'autonomie en leur permettant de vivre dans un appartement supervisé. Cette possibilité leur permettrait d'expérimenter la vie adulte sous supervision, pourrait contribuer à mieux les préparer à vivre seules et à constater les difficultés associées à la vie autonome. Offrir un accompagnement après 18 ans faciliterait la transition d'un milieu à l'autre et assurerait une continuité des services. Comme l'ont constaté Goyette et al. (2008), les jeunes ont besoin de soutien lorsqu'elles quittent les services institutionnels. Elles sont d'ailleurs nombreuses à rappeler l'Odyssée après leur majorité.

Les observations réalisées dans le cadre de ce projet d'évaluation des pratiques justifient la pertinence de développer l'autonomie des jeunes pris en charge par la DPJ selon une approche individualisée. Il apparaît essentiel de mettre en place des moyens pour les accompagner dans le développement optimal de leur potentiel et favoriser leur insertion sociale et professionnelle. L'établissement évalue présentement la possibilité de transposer cette intervention dans les unités hébergeant des garçons.

Conclusion

Le passage à la vie adulte comporte de multiples défis. Les adolescents placés en centre jeunesse jusqu'à leur majorité sont confrontés à des enjeux importants lors de cette transition. Ce fait est d'autant plus vrai pour ceux qui ne retournent pas dans un milieu familial à leur sortie du centre jeunesse.

À cet égard, l'inclusion systématique d'objectifs de préparation à l'autonomie dans les plans d'intervention des jeunes pourrait s'avérer une mesure facilitante.

Au-delà de la préparation à l'autonomie fonctionnelle, il importe d'encourager ces jeunes à développer des liens sociaux significatifs qui assureront un soutien après 18 ans. Déjà, dans les centres jeunesse, le regroupement dans une même unité de réadaptation de jeunes confrontés à des défis et des préoccupations similaires représenterait une occasion de partage de la vie autonome. Ce regroupement permettrait un début de réseautage dans un contexte supervisé.

Par ailleurs, la création d'un réseau d'entraide pour les jeunes qui sortent des centres jeunesse à leur majorité pourrait s'avérer une initiative pertinente. Ce réseau viserait notamment à développer les dynamiques interpersonnelles de soutien et d'entraide entre jeunes et leur permettrait d'apprendre des expériences des autres. Il représenterait un moyen de faire le pont entre la sortie et les services adultes en assurant un soutien social entre pairs.

Descripteurs :

Passage à l'âge adulte // Placement d'adolescentes - Québec (Province) // Centre jeunesse de Québec. Institut universitaire (Québec, Province) // Service social - Évaluation // Recherche évaluative (Programmes d'action sociale)

Transition to adulthood // Foster home care - Quebec (Province) // Evaluation research (Social action programs)

Références

- Association des centres jeunesse du Québec (2006). *Guide d'application du Programme Qualification des Jeunes*. Montréal.
- Bidart, C. (2006). *Devenir adulte aujourd'hui. Perspectives internationales*. Paris : L'Harmattan.
- Di Tirro, A., Hamel, S., Flamand, S., et Courchesne, A. (2009). *Les fugues répétitives à l'adolescence influencent-elles le passage à la vie adulte?* Consulté en ligne : <http://jeunesenfugue.ca/downloads/les-fugues-repetitives-a-l-adolescence.pdf>.
- Drapeau, S., Beaudoin, S., Marcotte, R., Bégin, G., Mernard, M., Godin, M.-C., Côté, J., et Rochefort, M. (2001). *Carnet de voyage à travers ma vie*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

- Fredette, C., et Plante, D. (2004). *Le phénomène de la fugue à l'adolescence : Guide d'accompagnement et d'intervention*. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Collection Intervention et Services. Montréal.
- Germain, M., Landry, M., et Bergeron, J. (2003). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).
- Goyette, M. (2007). Preparations for an autonomous life among youths receiving social protection services in Quebec : A program evaluation. *New Directions for Youth Development : Theory, Practice and Research*, 113, 81-105.
- Goyette, M., Mann-Feder, V., Turcotte, D., Grenier, S., Turcotte, M.-È., Plagès, M., Pontbriand, A., et Corneau, M. (2012). *Évaluation de l'implantation et des effets d'interventions de groupe visant à soutenir le passage à la vie adulte de jeunes issus des centres jeunesse et de jeunes autochtones*. Montréal : Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables – CRÉVAJ.
- Goyette, M., et Royer, M.-N. (2009). Interdépendance des transitions vers l'autonomie des jeunes ayant connu un placement : le rôle des soutiens dans les trajectoires d'insertion, *Sociétés et Jeunes en difficulté*, 8, automne. <http://sejed.revues.org/index6434.html>.
- Goyette, M., et Turcotte, D. (2004). La transition vers la vie adulte des jeunes qui ont vécu un placement : un défi pour les organismes de protection de la jeunesse, *Service social*, 51 (1), 30-44.
- Goyette, M., et Turcotte, M.-È. (2011). Dynamiques de continuité dans les trajectoires d'autonomisation des jeunes femmes, dans Goyette, M., Pontbriand, A., Bellot, C. (Dir.). *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté : concepts, figures et pratiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Goyette, M., Morin, A., et Boislard, J. (2008). Le Projet Qualification des jeunes : le passage à la vie adulte des jeunes recevant des services des centres jeunesse, *Intervention*, 129, 16-26.
- Hamel, S., Flamand, S., Di Torro, A., Courchesne, A. Crête, et Crépeau-Fernandez, S. (2012). *Rejoindre les mineurs en fugue dans la rue : une responsabilité commune en protection de l'enfance*. Rapport final, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu, méthode et trajectoires types*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., et Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques, *Drogues et Société*, 3 (1). <http://www.drogues-sante-societe.org>.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Les cahiers du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, gouvernement du Québec.
- Morin, A. (2003). *Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec. Bilan de l'an I*. Montréal : ACJQ.
- Morin, A. (2004). *Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec. Bilan de l'an II*. Montréal : ACJQ.
- Pagé, M., et St-Gelais, D. (2009). *Processus de préparation à l'autonomie*. Document inédit. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276-288.
- Rutman, D., Hubberstey, C, Feduniw, A., & Brown, E. (2007). *When youth age out of care: where to from there?* Victoria : Gouvernement du Canada, Sécurité publique Canada.
- Stein, M. (2006). Young people aging out of care : The poverty of theory, *Children and Youth Services Review*, 28(4), 422-434.
- Wade, J. (2008). The ties that bind : support from birth families and substitute families for young people leaving care, *British Journal of Social Work*, 38, 39-54.
- Yergeau, E., Pauzé, R., et Toupin, J. (2007). L'insertion professionnelle et l'adaptation psychosociale des jeunes adultes ayant reçu des services des centres jeunesse, *Intervention*, 127, décembre, 58-69.

Effacité de la thérapie conjugale dans le traitement de la psychose chez un membre du couple

par

Christine Mc Gowan, T.S, M.Sc

Courriel : cmcgowan.hhlh@ssss.gouv.qc.ca

Impacts de la psychose sur les couples et les familles. Efficacité des thérapies conjugales illustrée par une situation clinique.

Impacts of psychosis on couples and families. The effectiveness of conjugal therapy is explained through a case study.

La psychiatrie est notre champ de pratique professionnelle. Plus précisément, nous sommes rattachée à une équipe traitante multidisciplinaire du programme des troubles psychotiques – volet Premiers épisodes psychotiques (PEP) de l'Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM), Louis-Hyppolite Lafontaine (LHL). Dans ce cadre, nous sommes régulièrement confrontée à des patients, hospitalisés ou suivis en clinique externe, dont la vie conjugale et familiale est bouleversée par la survenue d'un trouble psychotique. Nous sommes particulièrement préoccupée par les besoins de soutien des couples dont l'un des membres est atteint de psychose. En vue de mieux répondre aux besoins de ces couples, nous avons fait une recherche sur l'efficacité des thérapies conjugales ou familiales (TCF) dans le traitement de la psychose. Nous avons non seulement fouillé les données probantes sur le sujet, mais conduit également une TCF durant plus de deux ans dans notre milieu de travail afin de montrer comment les principes directeurs qui se dégagent de notre revue des écrits peuvent concrètement s'appliquer dans notre champ de pratique.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 15-25.

Notre exposé suit trois axes de développement. Le premier définit les contours de la psychose et balise la problématique des impacts négatifs de ce trouble mental sévère et persistant sur la vie conjugale et familiale. Le deuxième résume les résultats de recherche sur les meilleures pratiques de traitement de la psychose et fait ressortir de ce vaste champ de recherche l'apport spécifique des TCF, toutes approches thérapeutiques confondues, de façon à orienter la discussion vers les facteurs communs d'efficacité thérapeutique dans ce domaine. Le troisième propose une analyse des moments clés d'évolution d'un cas clinique rencontré dans notre pratique. Nous nous attardons aux facteurs communs d'efficacité thérapeutique qui s'appliquent et aux critères de réussite qui se rapportent au cheminement du patient et de ses proches dans le processus de rétablissement et le processus afférent de réorganisation familiale.

I – Présentation de la problématique

1.1 Psychose ou trouble psychotique, de quoi parle-t-on?

La psychose est définie par l'Association psychiatrique américaine (2004) sous la rubrique *Schizophrénie et autres troubles psychotiques apparentés* à partir de trois grands critères diagnostiques : 1) présence, depuis un mois ou plus, d'au moins deux symptômes psychotiques, 2) diminution ou perte d'au moins un rôle social majeur dans la période de survenue des symptômes ou présence d'un dysfonctionnement social prémorbide et 3) persistance, durant au moins six mois, des signes de perturbation.

Les auteurs s'entendent pour distinguer les symptômes psychotiques positifs, négatifs et cognitifs. Les premiers sont les plus spectaculaires, mais les plus aisément contrôlables par une médication d'antipsychotiques. Entrent dans cette catégorie les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé et différentes formes de délire (de persécution, d'idées de grandeur, de jalousie). Les seconds

se présentent sous l'angle de l'apathie comportementale ou de l'émoussement affectif et sont souvent confondus avec un manque de bonne volonté. Ceux-ci ne répondent guère à l'approche pharmacologique. La recherche tend à démontrer qu'ils offrent une meilleure réponse à l'approche de régulation émotionnelle (Kouri et al., à paraître). Les troisièmes ne répondent pas plus au traitement pharmacologique traditionnel. On fait généralement face ici à un tableau cérébral-frontal de déficits qui altèrent les fonctions mentales exécutives (planification, organisation, résolution de problèmes).

La prévalence des troubles psychotiques se situe entre 1 % et 3 %¹ de la population (Cloutier, 2011; Muesler et Brunette, 2009; Nicole et al., 2009). Des chiffres empruntés à Cloutier (2011) suggèrent une prédisposition héréditaire marquée à développer une schizophrénie lorsqu'un parent (12 %) ou les deux (40 %) en sont atteints. L'incidence des problématiques associées aux troubles psychotiques est préoccupante. En effet, d'après le registre très conservateur des statistiques canadiennes (Nicole et al., 2009 : 129), plus de 25 % des patients psychotiques présentent un trouble comorbide d'abus de substances; plus de 30 % commettent des gestes suicidaires (surtout en début de maladie), dont 4 % à 10 % s'avèrent létaux. Contrairement aux croyances populaires, il n'y a toutefois qu'une faible incidence d'homicides dans cette population. Hélas, les troubles de santé physique y sont surreprésentés et l'espérance de vie réduite.

1.2 Psychose, couple et famille

La psychose touche les femmes autant que les hommes (ratio 1/1) et survient généralement au début de l'âge adulte (entre 16 et 30 ans). Le pronostic est meilleur chez les femmes qui développent les premiers symptômes plus tardivement et qui présentent un profil de rechutes moins fréquentes et moins sévères. La majorité de ces femmes ont des enfants, mais la plupart leur sont retirés par la Protection de la jeunesse (Poulin, 2012). Dans leur revue d'études sur la satisfaction conjugale de patients psychotiques, Muesler et Brunette (2009) constatent que plus de femmes que d'hommes ont des enfants et sont en couple, ces derniers seraient toutefois plus heureux en ménage.

Malheureusement, la grande majorité des couples occidentaux ne survivrait pas à la survenue d'une psychose chez l'un des conjoints (Lefley, 2009).

Les travaux de Muesler et Brunette (2009) autorisent à dresser la liste des principaux impacts négatifs de la psychose sur la vie conjugale et familiale. On parle ici de surcharge de responsabilités pour le conjoint non psychotique, de diminution de l'intimité sexuelle souvent liée aux effets secondaires des psychotropes, de perte de complicité conjugale devant les étrangetés et bizarreries psychotiques, d'apparition ou d'augmentation de critiques ou de blâmes devant l'altération du fonctionnement social du patient psychotique, de survenue ou d'amplification de conflits conjugaux ou familiaux ainsi que d'incompétence parentale soupçonnée ou avérée chez le patient psychotique.

Muesler et Brunette (2009) associent ces éléments à la présence d'un trouble relationnel qui est source de détresse conjugale ou familiale et d'incapacité parentale susceptibles, en retour, d'influencer l'évolution de la maladie.

1.3 Stades de rétablissement et de réorganisation familiale

Précisons qu'on ne guérit pas de la psychose. Au demeurant, tous les espoirs de rétablissement sont permis au début du traitement. Un consensus se dégage dans les écrits pour définir le rétablissement en tant que processus de profonde remise en question de soi qui, semblable au deuil, traverse, par mouvements d'avancées et de reculs les cinq stades qui suivent (Andresen et ses collaborateurs, cités par Lecomte et Leclerc, 2009 : 25) :

- Moratoire – Dénier de la maladie, confusion identitaire, retrait social, désespoir;
- Conscience – Conscience qu'un futur meilleur est possible et qu'on peut se définir autrement que par la maladie;
- Préparation – Premiers pas vers le rétablissement – identification des valeurs et des forces, affiliation avec les pairs, développement des habiletés;
- Reconstruction – Formation d'une identité positive, identification de buts à atteindre, prise de responsabilités;

- Croissance – Sens à la vie et vision de soi positive. Résilience et capacité à gérer la maladie malgré les rechutes.

Le parcours du patient dans ce processus nous semble indissociable de celui des proches dans les trois grandes étapes de réorganisation de la vie familiale, qui ont été repérées par des chercheurs d'une école de *nursing* de Baltimore (Walton-Moss, Gurson et Rose, 2005) dans le cadre d'une étude terrain des effets de la maladie mentale chronique sur la qualité de vie familiale. Au cours de la première étape, les familles tiennent le coup (*Hanging on Families*). Leur engagement est intense dans la gestion de la crise familiale provoquée par la survenue de la maladie dont les manifestations sont mal comprises. On est ici aux aguets du risque de rechute et souvent aux prises avec des difficultés économiques importantes. La crainte d'être stigmatisée isole la plupart des familles. La deuxième étape est caractérisée par une certaine stabilité, toute l'énergie familiale est au service du maintien de la nouvelle routine de vie. On commence à accepter la maladie et à développer des compétences dans la gestion de ses manifestations. Les familles qui s'en tirent le mieux (*Doing Well Families*) présentent, dans une troisième étape, de l'ouverture et de la confiance face à l'avenir. La cohésion familiale y est élevée; les attentes sont ajustées envers le patient psychotique. Ce dernier dispose d'un espace d'exercice de son indépendance.

1.4 Modèles explicatifs de la psychose

Le modèle Stress-Vulnérabilité-Compétences domine les écrits dans la recherche sur l'étiologie de la psychose. Ce modèle repose sur le postulat que la psychose est une maladie du cerveau (facteurs de vulnérabilité) particulièrement sensible aux sources de stress (facteurs de risque) qui agissent comme déclencheurs ou amplificateurs de symptômes. Les méfaits de la psychose peuvent être prévenus, atténués ou assez bien contrôlés par la présence de ressources individuelles ou de soutien interpersonnel (facteurs de protection). Le tableau ci-dessous, inspiré des travaux de Lecomte et Leclerc (2009) résume les différents facteurs dont l'interaction est responsable de produire ou au contraire d'amoindrir la production de symptômes psychotiques.

Facteurs de vulnérabilité

Anomalies congénitales
Antécédents psychiatriques familiaux

Facteur de protection

Compétences sociales
Soutien social et familial
Stratégies adaptatives
Gestion du stress
Médication

Facteurs de risque

Cycles développementaux
Hautes émotions exprimées (positives ou négatives)
Pressions à performer
Usages de drogues
Ennuis quotidiens (problèmes financiers, perte d'emploi, décès d'un proche, etc.)

On ne peut passer sous silence le modèle explicatif systémique de la psychose. Les théories systémiques, héritées des années 1960, suggérant qu'un mode de communication dysfonctionnel dans la famille pouvait conduire au développement d'une psychose chez l'un de ses membres. Elles sont aujourd'hui dépassées. Loin de faire porter le blâme aux proches des patients psychotiques, les systémiciens cherchent désormais à les allier aux équipes de soins. Un auteur finlandais, Steirling (2009), se fait le porte-parole de ce nouveau paradigme systémique d'inspiration constructiviste, qui vise à faire émerger le sens du symptôme psychotique au moyen d'un questionnement circulaire entre quatre niveaux de dialogue.

On est ici attentif au niveau du dialogue intrapsychique du patient qui, dans une perspective de questionnement identitaire, cherche à prêter du sens à ses symptômes. Au niveau du dialogue intrafamilial, on s'arrête au questionnement interactif des rôles et des places de tout un chacun dans le système familial qui est en quête de sens face aux symptômes du patient. Le dialogue entre la famille et l'équipe de soins est un autre niveau d'intérêt pour cerner les zones d'inter-influences entre le récit familial et le discours médical qui s'échafaudent pour donner du sens aux symptômes du patient. Enfin, le modèle systémique s'intéresse au

niveau de dialogue entre le patient psychotique, sa famille et l'équipe de soins. Dans le meilleur scénario, le dialogue génère du sens à travers différentes avenues de collaboration et de partenariat. Dans le scénario le plus sombre, il enferme les interlocuteurs dans la confusion des rôles, le clivage et les conflits de loyauté.

II – Meilleures pratiques de traitement

2.1 Supériorité de l'approche multimodale

D'après les résultats d'une récente méta-analyse (Bird et al., 2010) d'efficacité du traitement de la psychose, le modèle Stress-Vulnérabilité-Compétences est à la source du développement de l'approche multimodale qui s'avère la meilleure pratique. Ses principales composantes sont la pharmacothérapie, le « case management », orchestré par un intervenant pivot désigné par l'équipe traitante, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), individuelle ou de groupe, le counselling occupationnel, vocationnel et psychosocial, incluant les services aux couples et aux familles. Son efficacité s'observe dans la diminution des rechutes, des hospitalisations répétées et de la sévérité des symptômes ainsi que dans l'augmentation de l'engagement dans le traitement. Plus le traitement est précoce, plus les résultats sont probants, d'où le déploiement, durant la dernière décennie, des cliniques de traitement des PEP à travers le monde. Les résultats plafonnent passé les trois à cinq premières années de traitement.

2.2 Efficacité de l'approche multimodale à Louis-Hyppolite Lafontaine

En 2007, Nicole et Morin fondent les PEP dans une perspective multimodale de traitement à LHL qui dessert une population montréalaise d'environ 400 000 personnes. Pas loin de 150 nouveaux patients de cette population seront annuellement retenus aux portes des PEP. Un peu plus de 40 % de ces patients devraient connaître une « bonne évolution ». Environ 10 à 15 % risquent d'évoluer vers une impasse thérapeutique. Le pronostic est réservé pour les autres patients. L'ensemble des patients est partagé entre les professionnels des trois équipes multidisciplinaires qui comprennent des psychiatres, des infirmières, des conseillers en orientation, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux, qui sont tous appelés

à des degrés variables d'intensité à desservir la clientèle hospitalisée et suivie en clinique externe. Des services transversaux divers (évaluation neuropsychologique, suivi nutritionniste, services de loisirs, etc.) sont rendus disponibles au besoin.

2.3 Prépondérance des interventions familiales dans l'atteinte des résultats

Les interventions familiales sont prépondérantes dans l'atteinte des résultats aux dires des chefs du programme des troubles psychotiques de LHL (Nicole, Skall et Morin, 2009 : 24) : « Parmi toutes les interventions psychosociales mises de l'avant dans le traitement des troubles psychotiques, ce sont les interventions auprès de la famille qui ont démontré la plus grande efficacité au niveau des données probantes. »

Dans leur revue des résultats de recherche sur l'efficacité des thérapies familiales systémiques (TFS), Pauzé et Touchette (2009) arrivent à des conclusions similaires. Selon eux, les TFS se révèlent supérieures à une hospitalisation pour adultes schizophrènes et elles jouent un rôle central de renforcement de l'efficacité des interventions multimodales de traitement dans ce domaine. Dans un ouvrage récent traitant de l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale auprès des patients psychotiques, Mac Farlane (2009) consacre un chapitre à l'importance d'intégrer la famille dans le traitement pour en bonifier les résultats.

2.4 Efficacité particulière des thérapies conjugales et familiales dans les études

Retenons quatre enseignements de la recension d'études de Gurman (2011) sur l'efficacité particulière des TC. En premier lieu, toutes les TC se révèlent efficaces quel que soit le modèle thérapeutique ou la problématique ciblée. En second lieu, deux modèles de TC dominent les études avec groupe contrôle : celui de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et celui de la thérapie centrée sur les émotions (TCE). En troisième lieu, on relève une percée formidable de la TC dans le champ des troubles mentaux comme la dépression, le trouble post-traumatique, les troubles de dépendance, etc., tendance également observée par d'autres auteurs (Nichols, 2009). Dans une perspective intégrative des résultats de recherche, il importe, en dernier lieu, d'attirer le regard sur trois facteurs communs

d'efficacité : 1) la compétence dans l'utilisation d'approches multiples, 2) l'alliance thérapeutique élargie au couple et 3) la focalisation sur les interactions conjugales.

La recherche sur les facteurs communs d'efficacité en TC n'est pas nouvelle. Déjà, en 1998, Baucom et ses collaborateurs en avaient répertorié trois autres dans une recension d'études évaluatives des résultats de la TC appliquée aux couples avec un membre atteint de psychose : 1) l'engagement à long terme dans le traitement (minimum neuf mois), 2) la psychoéducation préventive des rechutes et 3) la diminution des facteurs de stress familiaux (amélioration de la communication, rétablissement des frontières familiales, renforcement du soutien mutuel, etc.). Nous avons récapitulé, sous forme de tableau, les particularités des modèles efficaces de TC recensés par les auteurs : (voir ci-dessous).

2.5 Popularité et efficacité des groupes psychoéducatifs

La popularité et l'efficacité des groupes psychoéducatifs ciblant les proches des patients psychotiques sont incontestables (Lefley, 2009). On notera cependant qu'à l'heure actuelle ces groupes desservent essentiellement les parents de jeunes adultes dont le départ de la maison est complexifié par la survenue de PEP. Les quelques conjoints qui y participent s'y reconnaissent peu. Une rare expérience de groupe, adaptée aux conjoints, a montré, au moyen d'un suivi post-groupe d'un an, le maintien des acquis dans quatre sphères : 1) amélioration de leurs connaissances sur la maladie, 2) diminution de leur détresse, 3) élargissement de leurs stratégies cognitivo-comportementales d'adaptation et 4) réduction des blâmes envers le patient.

Il importe de se rappeler que la psychose fait partie des troubles mentaux sévères et persistants dont le meilleur traitement se limite au contrôle optimum des symptômes. Ceux qui en souffrent et les membres de leur entourage font face à des étapes de grande désorganisation et de remise en question avant de trouver un nouvel équilibre qui ne s'avèrera pas toujours satisfaisant. On s'en souviendra, plus de la moitié des troubles psychotiques connaissent une évolution mitigée. Pour être efficace, le traitement doit être à la fois précoce, intense et multimodal. L'une des clés de réussite du traitement réside dans la capacité des équipes à s'adjoindre la collaboration des proches et à répondre à leurs besoins de soutien concernant les impacts négatifs de la psychose. Les TCF s'imposent de plus en plus comme modalités efficaces de traitement dans le champ des troubles mentaux. C'est de ce côté que la recherche apporte matière à réflexion sur des facteurs communs d'efficacité. Voyons dans la prochaine et dernière section comment intégrer dans la pratique les enseignements qui précèdent.

III – Présentation d'un cas clinique : Nico, Mika et leur fils Valentin

3.1 Format et cadre thérapeutiques

L'amorce de l'évaluation conjugale et familiale remonte au printemps 2010. Au total, 20 entretiens ont été réalisés (quatre en 2010, onze en 2011, cinq en 2012), dont quatre en présence du fils du couple. Ajoutons cinq entretiens individuelles réalisées afin d'établir une alliance de premier contact avec chacun des conjoints et de relancer les époux lors d'absence aux rendez-vous (entretiens téléphoniques).

Dans un cadre multimodal et multidisciplinaire, nous avons travaillé en étroite collaboration

	TCC (4 études, 2 orientations)	Thérapie de soutien (5 études)	Thérapie systémique (1 étude)
Buts	1. Faire du conjoint un aide-thérapeute pour augmenter l'observance au traitement et l'engagement dans le rétablissement. 2. Diminuer la détresse conjugale liée aux impacts négatifs de la pathologie.	Augmenter le potentiel de soutien mutuel au moyen de techniques de jeu de rôles et de résolution de problèmes.	Diminuer l'expressivité émotionnelle (EE), rétablir les frontières, améliorer la communication (etc.)

avec la psychiatre de l'équipe traitante tout au long de la TC et convenu avec elle d'engager les services de counselling du conseiller en orientation de l'équipe auprès du père environ à mi-chemin de parcours.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des membres du système

Niko, le patient, son épouse, Mika, et leur fils, Valentin, sont respectivement âgés de 30 ans, 28 ans et 3 ans au début de la TCF. Nico et Mika sont originaires de Roumanie, où ils se sont mariés en 2000. Le père a immigré au Québec en 2001, parrainé par son beau-père. Son épouse l'a rejoint l'année suivante. À l'exception du père de Mika, qui fait figure d'homme d'affaires prospère au Québec, les membres des deux familles d'origine vivent assez pauvrement en Roumanie. Nico détient un diplôme d'études professionnelles en mécanique auto. Il travaillait presque jour et nuit et il buvait beaucoup de boissons à haute teneur en caféine quand Mika est arrivée au Québec. Il lui a ainsi laissé le loisir d'étudier à temps plein en éducation spécialisée et d'obtenir un diplôme d'études collégiales. Depuis trois ans, la situation de travail de Nico s'est précarisée. Celle de Mika s'est au contraire stabilisée depuis qu'elle travaille au centre de la petite enfance où elle a fait son stage. Valentin fréquente le centre où sa mère travaille.

3.3 Profils développementaux des époux

On trouve dans l'histoire de Nico des traumatismes importants. Sa mère, dite psychotique par période, n'aurait pas été disponible pour lui entre 3 ans et 5 ans. Ses grands-parents, qui vivaient dans le voisinage, veillaient à distance sur lui et sa sœur, Valentine, d'un an son aînée. Nico subira un greffon de deux doigts, coupés par accident, à l'âge de 8 ans. Son père, un marin, s'absentait souvent et longtemps (jusqu'à neuf mois d'affilée). En l'occurrence, il confiait à Nico la responsabilité de veiller sur sa mère et sa sœur. Le décès par accident de la route de Valentine (1980-1998) a précipité Nico en vie de couple. La présence de Mika, croyait-il, consolerait ses parents endeuillés. En 2008, Nico a reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde lors de sa première hospitalisation dans notre établissement. Les symptômes positifs d'un délire de persécution par son beau-

père dominaient le paysage. Nico réclamait un test d'ADN pour prouver que son beau-père était le père biologique de Valentin, dont c'était le premier anniversaire. Il sera réhospitalisé dans un contexte similaire aux alentours du deuxième et du troisième anniversaire de son fils.

L'histoire de Mika montre qu'elle a, elle aussi, joué un rôle parental dans son enfance. Elle aurait grandi dans un climat de disputes parentales perpétuelles. Aînée de la famille, elle a pris soin de sa mère, qui se posait en victime dans la vie, et de ses trois jeunes sœurs. Elle idolâtrait son père, un autre marin souvent absent. Durant l'adolescence de Mika, sa mère, lassée d'attendre que son mari aboutisse dans un projet de réunification de sa famille en Amérique, s'est mise en couple avec un alcoolique. Au début de l'âge adulte, Mika accepte le contrat implicite de remplacer Valentine auprès de ses beaux-parents endeuillés pendant que son père et Nico préparent le terrain à leur immigration. Son apparente réussite sociale actuelle fait l'envie de ses sœurs et de sa mère qui passent souvent par elle pour soutirer de l'argent à son père.

3.4 Détresse conjugale initiale

La plupart des impacts négatifs de la psychose sont présents. L'intimité sexuelle du couple est diminuée par la baisse de libido du père qui est d'ailleurs à la source de l'arrêt de médication, arrêt qui l'a ramené à l'hôpital. La complicité conjugale est altérée par la perplexité de Mika qui ne reconnaît plus l'homme qu'elle a épousé. L'engagement dans le projet d'un deuxième enfant est freiné par Mika qui soupçonne son époux d'incompétence parentale. Son anxiété est si grande sur ce point qu'elle le menace de recourir à la Protection de la jeunesse s'il cesse de nouveau son traitement. Chaque fois que Nico est au chômage, Mika fait pression pour qu'il retourne travailler avec son beau-père qui devient de plus en plus rejetant et méprisant à son endroit. Malgré les fins de mois difficiles et une dette de plus de 30 000 \$, le couple continue d'envoyer de l'argent aux membres de la famille en Roumanie.

3.5 Formulation dynamique

Nous sommes donc devant deux jeunes adultes, qui ont assumé un rôle de parent en

bas âge et ont été précipités dans une vie de couple. Leur union s'est fondée sur un projet d'immigration pouvant symboliquement représenter une tentative de mise à distance des misères, des conflits et des deuils inachevés des familles d'origine. Ce projet d'émancipation des familles et du pays d'origine a toutefois échoué comme en témoignent la position de dépendance financière du couple envers le père de Mika et le prix payé (l'endettement du couple) pour entretenir l'image de la réussite sociale face à ceux qui restent en Roumanie. L'arrivée du premier enfant dans le couple révèle la vulnérabilité psychotique de Nico. Des auteurs (Bartholomew et Horowitz, 1991), nous autorisent à qualifier d'*inséculaires* les styles d'attachement des époux et à présumer qu'en l'occurrence ils sont à risque de se contaminer l'un l'autre dans leurs doutes respectifs d'être de bons parents.

3.6 Moments clés d'évolution de la démarche thérapeutique

Voyons comment ce couple a évolué dans les étapes du rétablissement et de réorganisation familiale.

❖ *Début de la démarche – Le couple tient le coup au stade post-moratoire du rétablissement*

D'entrée de jeu, nous avons refusé de faire alliance avec Mika qui souhaitait notre appui concernant ses menaces de recourir à la Protection de la jeunesse si son époux cessait son traitement. Nous avons sollicité une entrevue familiale pour jeter les bases d'une alliance élargie au couple et évaluer les compétences parentales des époux et leur potentiel de soutien mutuel dans ce domaine. Ainsi, nous avons constaté *in vivo* que les deux époux étaient attentionnés et tendres envers leur fils. Mika faisait preuve d'introspection au sujet de sa colère qu'elle croyait avoir communiquée à son fils contre son père quand il était hospitalisé. Pour sa part, Nico reconnaissait avoir fait une « grosse erreur » en cessant ses médicaments. Il s'en remettrait désormais à sa psychiatre pour ajuster au besoin le traitement. Mika soutenait Nico à distance quand il était seul avec l'enfant. Écoutons-le à ce propos : « Elle m'appelle deux fois, trois fois... pour voir qu'est-ce qu'on fait... Est-ce que l'enfant

a mangé?... Comment l'enfant se sent? Est-ce qu'on est concentré pour faire quelque chose? Est-ce que l'enfant joue?... Donc tout le temps elle fait des check up². »

La mère était sur le qui-vive et dans l'attente anxieuse du Jour J, une journée pédagogique où elle laisserait son fils toute la journée à son père. Ce dernier a relevé le défi haut la main et il ne fut plus question, par la suite, de son incompétence parentale. La vie conjugale reprenait un cours à peu près normal. Nico avait réintégré un emploi saisonnier à sa sortie de l'hôpital. Il rangeait la maison et préparait le souper dans l'attente que son épouse et son fils rentrent vers les 18 heures.

❖ *Un an après – Le couple avance et recule au stade de préparation du rétablissement*

L'anxiété a refait surface en force dans le couple quand Nico a manqué de travail. Nous nous sommes alors concertées avec la psychiatre pour faire intervenir le conseiller en orientation de l'équipe. Le but était de s'attaquer à la précarité d'emploi de Nico qui le mettait à risque de devoir travailler pour son beau-père et de subir une récurrence des symptômes psychotiques. Il était doué en informatique et désireux de faire une formation dans ce domaine, une piste allait être explorée de ce côté. Un rendez-vous manqué avec le conseiller en orientation mit en évidence la colère culpabilisante de Mika et les sentiments dépressifs de Nico qui faisaient obstacle au projet de développement professionnel. Mika admet qu'elle ne laisse aucune marge d'erreur à Nico. Elle a « bien le droit d'être déçue (...) c'est pas la belle vie qu'on avait prévue! » Nico exprime son humiliation récente ressentie en entendant Mika dire à leur fils, qui regardait avec elle des photos d'amis en vacances : « Regarde, son papa est capable! ... Il travaille... Il a amené son épouse à Cuba... » Repentante, Mika reconnaît les faits : « C'est vrai, je l'ai fait exprès! » Nico s'autorise à évoquer une autre coalition malsaine dans le système familial : « Quand je vais chez ton père, qu'est-ce qu'il me dit?... tu fais spécial, tu fais exprès que t'es malade! »

Un dernier retour malheureux au service de son beau-père sera effectué par Nico avant que le couple réussisse à se dégager de ce *pattern* dysfonctionnel.

❖ *Durant la deuxième année – Acceptation de la maladie et révision des valeurs*

Durant la deuxième année de TCF, le couple s'en tire de mieux en mieux sur le plan pratico-pratique et fait des pas de géant dans l'acceptation et la gestion de la maladie psychiatrique. Nico dira : « j'ai senti moi-même la maladie en moi, je peux dire que je l'ai acceptée, ça m'a pris du temps (...) je sais moi-même c'est quoi, c'est comment. » En d'autres termes, Nico se déclarait compétent dans la compréhension et la gestion des signes avant-coureurs d'une rechute. Mika fut plus explicite sur le processus émotif sous-jacent à l'œuvre dans l'acceptation de la maladie et sur le caractère interactif du processus en cause :

« J'étais comme enragée, en colère... Je n'avais personne à qui parler. Je trouvais ça gênant... J'ai quelques amis, mais là (silence et pleurs)... Je m'excuse (de ne pas retenir ses larmes)... Juste le fait de se sentir compréhensive (comprise) par quelqu'un (parlant de la thérapeute), de voir aussi l'évolution de mon mari, qu'il accepte aussi, parce que je pense que j'ai accepté (la maladie) en même temps que lui. »

Ce cheminement a entraîné la remise en question de deux valeurs importantes dans le couple : ses aspirations à la richesse et sa perception des rapports hommes-femmes. Le couple a remis en question certaines dépenses. Soutenu par Mika, Nico ne se sentait plus dans l'obligation de faire des heures supplémentaires pour payer des cours de tennis à son fils. Les mandats pour la Roumanie se faisaient plus rares. Nico devenait admiratif envers Mika qui a pris sur elle de faire vivre la famille quand il est tombé malade :

- « J'ai pensé que les femmes sont un peu sensibles... (Nico)
- Elles sont sensibles, mais il y a des points forts aussi. (Mika)
- Oui, c'est ça il y a des points vraiment, vraiment forts. (Nico)
- En Roumanie, les rôles hommes-femmes sont peut-être plus traditionnels... (thérapeute)
- Même aujourd'hui, mon père il va appeler et il va dire : Nico c'est toi la tête de la maison! » (Nico)

❖ *Durant la deuxième année – Deuil inachevé derrière l'apparence d'une récurrence de symptômes*

Lors d'un séjour de quelques semaines au domicile du couple de la plus jeune sœur de Mika, celle-ci constate que son mari redevient possessif et suspicieux à son endroit. Elle craint une récurrence de symptômes et nous demande de maintenir un rendez-vous que nous allions annuler parce que le couple avait une bonne demi-heure de retard. De fait, le comportement de Nico étonne : il s'oppose à ce que Mika donne ou prête des vêtements à sa jeune sœur. Se pourrait-il que les retrouvailles entre les sœurs, qui ne se sont pas vues depuis l'immigration de Mika, ravivent chez Nico le deuil inachevé de sa sœur Valentine? Nous l'interrogeons sur ce qu'il est advenu des vêtements de sa sœur défunte :

« Ma mère, elle a tout donné... Elle a rien gardé... Chaque fois que je vais passer à côté de ses vêtements, je vais voir ma fille (aurait dit sa mère), donc il faut qu'ils disparaissent... il faut qu'on avance dans la vie, on ne recule pas... »

Nous avons tout de même invité Nico à revenir sur la mort de sa sœur. Des liens ont été suggérés entre son mariage hâtif avec Mika et sa peur irréprouvable de la perdre comme il avait jadis perdu Valentine. « Oui, oui, oui, a-t-il admis, j'avais tout le temps peur de ça! » C'est pour quoi « il a parfois tendance à m'étouffer, à m'envahir... », a compris Mika.

❖ *Durant la deuxième année – Redéfinition des places et frontières familiales*

Toujours durant la deuxième année de TCF, les époux ont relevé le défi de faire sortir leur fils du lit de sa mère où il avait établi ses quartiers lors de la dernière hospitalisation de son père. « Il (Valentin) s'est accroché à moi et moi j'ai encouragé ça... Papa, ça le dérangeait pas de dormir dans le salon... » Pendant que Mika prononçait ces paroles, Valentin, qui était présent à l'entrevue, devint bruyant avec les blocs de construction avec lesquels il s'amuse. Nico a pris la parole quand nous avons demandé au couple comment il avait réalisé cet exploit. « Il a fallu ruser, installer un téléviseur dans la chambre de Valentin, le lui retirer parce que ça retardait l'heure du dodo. » (Mika) Nico a utilisé sur un ton bon enfant le terme de chantage

pour décrire la stratégie qui s'est au bout du compte avérée efficace. Tout souhait exprimé par Valentin devenait conditionnel à ce qu'il dorme dans son lit. Les époux étaient complices et solidaires. L'enfant a compris.

❖ *Dernière entrevue – Stade de consolidation du rétablissement de la psychose et de croissance de la vie conjugale*

Nico a montré une fidélité au traitement psychiatrique sans faille durant les deux années de TCF. Le *pattern* de décompensation aux anniversaires de son fils a été rompu. Nico a regagné sa place dans le lit conjugal. Il a renoncé à un projet de retour aux études à la suite du départ imprévu et non remplacé du conseiller en orientation de notre équipe. Il n'est toutefois pas retourné travailler pour son beau-père, il s'agit donc d'un autre *pattern* dysfonctionnel rompu. Soutenu par Mika, il s'est trouvé de lui-même un nouvel emploi qu'il occupait depuis près d'un an quand la TCF a pris fin au printemps 2012. La dette du couple diminuait. La planification de l'arrivée d'un deuxième enfant devenait possible et souhaitable pour les époux qui y voyaient un « bon timing » avec l'entrée à l'école de Valentin, prévue à l'automne 2012. En fait, au moment où nous écrivons ces lignes, nous tenons de la psychiatre que Mika est enceinte.

À ce stade de consolidation du rétablissement de la psychose et de croissance de la vie conjugale, nous étions autorisée à planifier une dernière entrevue avec le couple. Lors de celle-ci, nous avons amplifié un moment clé d'intégration de la démarche de travail sur les frontières familiales qui prêtaient à confusion dans le système en cause. Mika était rentrée attristée d'une visite chez son père où elle avait appris qu'on avait fêté son 50^e anniversaire en famille : « Nous, on était pas invités (pleurs silencieux)! » Pour la première fois en entrevue, Mika était critique envers son père, dont le masque tombait. Le regard de Nico sur son beau-père se modifiait : « Le grand coq! C'est moi le boss! C'est moi le boss! cédaît le pas à Ton père il a un certain âge... » Le couple était à la fois plus solidaire et plus réaliste dans sa recherche de compromis visant à préserver un rôle significatif aux grands-parents de leur enfant. Ce travail, espérons-le, se poursuivra avec l'arrivée apparemment imminente des

parents de Nico qui viennent s'installer au Québec pour connaître leurs petits-enfants et offrir des moments de répit au couple parental.

Conclusion

Retenons pour conclure que le succès de la TCF auprès de Nico et Mika repose sur une combinaison de facteurs de réussite. Parmi ceux-là, le travail d'étroite collaboration avec le psychiatre et le conseiller en orientation de l'équipe est d'une grande importance. La force de l'approche multimodale qui fut en cause ici a permis d'élargir l'alliance thérapeutique du couple au système d'intervenants et de multiplier les sources d'enseignement psychoéducatif de prévention ou de gestion des signes de rechutes psychotiques. Le traitement de la psychose aurait sans doute été plus rapidement efficace si l'offre d'une TCF avait été faite dès la première hospitalisation de Nico. Cela dit, nous étions encore dans un délai raisonnable d'intervention précoce et Nico était dans de bonnes dispositions (au stade post-moratoire du rétablissement) pour entreprendre des changements. Il faut dire que Mika ne lui laissait plus beaucoup le choix. Elle était au bord de l'épuisement, fort inquiète pour la sécurité de son fils et en conflit de loyauté entre son père et son mari. Ce qui laisse croire que l'enjeu de rupture conjugale s'est avéré ici un puissant levier de motivation au changement.

Faut-il le souligner, les époux disposaient de ressources personnelles d'influence dans la réussite du projet thérapeutique. Tous deux possédaient un bon potentiel d'introspection et de soutien mutuel. De surcroît, le cheminement de Nico dans les étapes du rétablissement a montré que la maladie psychiatrique n'avait pas trop altéré ses capacités de fonctionnement autonome, organisationnel et relationnel (peu affecté par les symptômes négatifs et cognitifs de la psychose).

L'évolution favorable du suivi conjugal s'est appuyée sur la plupart des facteurs communs d'efficacité mentionnés précédemment. Nous avons notamment misé sur le facteur temps dans le cadre d'une TCF qui s'est étirée sur près de deux ans. Nous avons ainsi laissé le temps aux processus de rétablissement et de réorganisation familiale d'opérer. Ces processus, qui s'apparentent à celui du deuil, on l'oublie trop

souvent, prennent du temps. L'adoption d'une perspective résolument intégrative des meilleures approches en santé mentale a servi de base, non seulement à l'identification et à l'élaboration des stades développementaux ou des pertes non résolus (deuil de la sœur de Nico, blocage de l'émancipation du couple des familles d'origine, adaptation à l'arrivée du premier enfant, etc.), mais aussi à la focalisation sur les interactions conjugales dans l'ici et maintenant de manière à diminuer les facteurs stressants internes au fonctionnement conjugal (retour au travail chez le beau-père, installation du fils dans le lit conjugal, etc.)

On aura remarqué finalement que le travail d'équipe rend possible de faire de la TCF sur une base bimensuelle, voire mensuelle. Ce qui n'est pas négligeable quand on pense à toute l'importance qu'accordent les bâilleurs de fonds au coût d'un traitement. Souhaitons qu'il y ait davantage d'expériences qui viendront valider l'efficacité de la TCF dans le traitement de la psychose et que la recherche se poursuive dans ce domaine.

Liste des abréviations

Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM)

Louis-Hyppolite Lafontaine (LHL)

Premiers épisodes psychotiques (PEP)

Thérapie centrée sur les émotions (TCE)

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Thérapies conjugales (TC)

Thérapies conjugales systémiques (TCS)

Thérapies conjugales ou familiales (TCF)

Thérapies familiales (TF)

Thérapies familiales systémiques (TFS)

Descripteurs :

Institut universitaire en santé mentale de l'île de Montréal (IUSMM). Louis Hippolyte Lafontaine (Montréal, Québec). Programme des troubles psychotiques // Thérapie conjugale // Psychoses - Traitement // Psychoses

Marital psychotherapy // Psychoses - Treatment // Psychoses

Notes

1 Tous les pourcentages sont arrondis.

2 On excusera les erreurs syntaxiques nombreuses dans les citations rapportées. Rappelons le, Nico et Mika sont d'origine roumaine, ils ne maîtrisent pas complètement l'usage du français.

Références

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-R, Critères diagnostiques*. Paris : Masson.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendel, K., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Baucom, D. H., Daiuto, A. D., Mueser, K. T., Stickle, T. R., & Varda, S. (1998). Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 53-88.
- Bartholomew, K., et Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Cloutier, R. (2011). Psychiatre aux premiers épisodes psychotiques du programme des troubles psychotiques de Louis-H. Lafontaine, Institut psychiatrique universitaire. *Rôle du psychiatre dans le traitement*. Présentation au groupe psychoéducatif destiné aux proches des patients de la clinique. Montréal.
- Gurman, A. (2011). Couple Therapy Research and the Practice of Couple Therapy: Can We Talk? *Family Process*, 50 (3), 280-292.
- Kouri, B., Lecomte, T., et Lalonde, P. (à paraître). Chapitre 24 : *Régulation émotionnelle et troubles psychotiques*. Abrégé d'une thèse de doctorat. (Développement et validation préliminaire d'une intervention de groupe basée sur la régulation émotionnelle auprès de personnes en début de psychose. Montréal : Université de Montréal.
- Lecomte, T., et Leclerc, C. (2009). *Groupe psychoéducatif destiné aux personnes en relation AVEC une personne recevant des services de santé mentale*. Cahier du participant : AVEC TCC, 8 rencontres. Montréal.
- Lefley, H. P. (2009). *Family Psychoeducation for Serious Mental Illness*. Oxford: University Press, Evidence Based Practices Series.

- Mac Farlane, W. (2009). Chapter 14 - Integrating the family in the treatment of psychotic disorders (193-205). In D. Turkington, B. Torkil & R. W. Grawe. *CBT for Psychosis: A Symptom-Based Approach*. London & New York: Gilford Press.
- Mueser, K. T., & Brunette, M. F. (2009). Chapitre 6 : Schizophrenia-Spectrum. In D. K. Snyder & M. A. Whisman. *Treating Difficult Couples. Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders: 137-159*. New York London: The Gilford Press.
- Nichols, W. C. (2009). Family Therapy and Serious Mental Disorders: A Retrospective and Prospective View, *Journal of Family Psychotherapy*, 20, 344-359.
- Nicole, L., Skall, L., et Morin, C. (2009). Le programme des troubles psychotiques de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, dans P. Lalonde et N. Lesage. *La psychiatrie en question* : 126-148. Les presses de l'Université de Montréal.
- Pauzé, R., et Touchette, L. (2009). Le développement de la recherche chez les cliniciens: d'abord questionner la pratique clinique. *Thérapie familiale* : 30 (2), 133-146.
- Poulin, M.-J. (10 avril 2012). Chef de programmes : psychiatrie périnatale, service « Action-Santé », Institut universitaire en santé mentale de Québec. *Maternité et schizophrénie*, conférence présentée à la Société québécoise de schizophrénie, Montréal.
- Stierlin, H. (2009). Chapter 17 – The family in schizophrenic disorder. Systemic Approaches. In Y. O. Alenen, M. Gonzalez de Chavez, A.-L. S. Silver & M. Martindale Routledge. *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses: 233-250*. London & New York.
- Walton-Moss, B., Gerson, L., & Rose, L. (2005). Effects of Mental Illness on Family Quality of Life, *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 625-642.

Une approche de développement des communautés dans le secteur de l'habitation destinée aux aînés : une étude de cas au Témiscamingue

par

Catherine Bigonnesse, M.S.s.

Doctorante en gérontologie

Simon Fraser University (Vancouver)

Courriel : cbigonne@sfu.ca

Suzanne Garon, Ph. D.

Professeure

École de travail social, Université de Sherbrooke

Chercheure

Centre de recherche sur le vieillissement

du CSSS-IUGS et au CERTA

Chercheure principale du projet VADA/MADA

Marie Beaulieu, Ph. D.

Professeure

École de travail social, Université de Sherbrooke

Chercheure

Centre de recherche sur le vieillissement

du CSSS-IUGS

Titulaire de la Chaire de recherche sur

la maltraitance envers les personnes âgées

Situation du logement des aînés au Québec.

Résultats d'une recherche pour comprendre

le processus d'implantation de logements

communautaires pour les aînés : de

l'identification des besoins à la réalisation

du projet. Importance des partenariats et

de la mobilisation des aînés.

Aged housing situation in Quebec (province).

Results of research aiming to understand the

implementation process of community housing

for seniors: from identifying needs until the

end of the project. Importance of the partner-

ships and of the seniors' mobilization.

Au Québec, 16 % de la population est âgée

de 65 ans et plus (Institut de la statistique

du Québec, 2012). La province connaît un

vieillessement très rapide de sa population puisque ce pourcentage passera de 21 % en 2020 à 27 % en 2030 (Institut de la statistique du Québec, 2004, 2012). Cette importante transformation sociale exigera de multiples modifications dans la planification des services, particulièrement dans le milieu de l'habitation qui sera influencé à plusieurs niveaux par ces nouvelles réalités démographiques (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2008).

Le désir des aînés de vieillir dans leur communauté n'est plus à démontrer. Toutefois, afin d'y parvenir, les aînés doivent composer avec un milieu de l'habitation fort plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. En effet, plusieurs acteurs font partie de cette équation : les centres de santé et de services sociaux (CSSS) administrant les programmes de perte d'autonomie liée au vieillissement, les organismes communautaires offrant des services à domicile (ex. : coopératives de services à domicile, les popotes roulantes, etc.), la multitude d'entreprises d'habitation destinées aux aînés et les municipalités par l'entremise des programmes d'habitation à loyer modique. Les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires, en raison de l'étendue de leurs compétences, peuvent être appelés à travailler pour ou en collaboration avec tous ces acteurs. Il devient donc nécessaire que les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires développent une connaissance approfondie des réalités du milieu de l'habitation destinée aux aînés.

Parmi ces multiples réalités, les habitations communautaires destinées aux aînés apparaissent graduellement comme une solution alternative bien adaptée aux besoins de cette population et des communautés où elles sont implantées. Ce modèle d'habitation est caractérisé par l'implication des membres de la communauté – dont les aînés eux-mêmes – dans la gouvernance de ces organismes. Toutefois, les mécanismes exacts et les leviers nécessaires à la réalisation de tels projets sont méconnus. Cet

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 26-39.

article présentant les résultats d'une étude de cas effectuée dans le cadre d'un mémoire de recherche de maîtrise en service social vise donc à mieux comprendre les étapes de mise en œuvre d'une habitation communautaire destinée aux aînés et son rôle en tant que levier de développement des communautés. Nous explorerons aussi la contribution que peuvent apporter les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires dans ce processus. À cet effet, en premier lieu, une brève mise en contexte de la situation des aînés en matière d'habitation est présentée. En deuxième lieu, la méthodologie de recherche est expliquée. En troisième lieu, les résultats, organisés sous la forme d'une chaîne d'actions de mise en œuvre d'une telle habitation communautaire, ainsi que sa contribution au développement de la communauté, sont exposés et discutés. Enfin, l'implication de ces résultats pour le milieu de l'habitation destinée aux aînés et le vieillissement de la population en général est présentée.

1. Contexte

Au Québec, 87,5 % des aînés vivent dans un domicile traditionnel et plus de la moitié des ménages de 75 ans et plus vivent dans des maisons individuelles (Conseil des aînés, 2007; Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2005). De plus, les faibles taux de déménagement des ménages d'aînés, ajoutés à leur intention de demeurer dans leur domicile actuel même si leur état de santé se modifie, démontrent que les aînés forment un groupe fortement attaché à leur milieu de vie (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2006).

Pourtant, il n'en demeure pas moins que la nécessité d'un changement de domicile devient souvent bien réelle à cette étape de la vie, et ce, malgré la présence de services à domicile (Bigonnesse, Garon, Beaulieu et Veil, 2011). En effet, Weeks et Leblanc (2010) soulignent que les inquiétudes des aînés au sujet de l'habitation sont l'accessibilité physique et financière des loyers et des services, la dimension suffisante des logements, des bâtiments adaptés, la sécurité et la disponibilité de logements répondant à leurs besoins. De plus, les aînés déménagent en raison de leur état de santé ou des conditions inadéquates de leur logement (Société canadienne d'hypothèques et de

logement, 2006). Dans la recherche d'un nouveau domicile, les aînés québécois se trouvent confrontés à un marché de l'habitation vaste et complexe. En effet, les dernières années ont vu apparaître un nombre impressionnant de formules d'habitation destinées aux aînés. Au Québec, quatre grands joueurs se partagent ce secteur de l'habitation : 1) les résidences privées à but lucratif, 2) les coopératives d'habitation, 3) les organismes sans but lucratif d'habitation (OSBL-H) et 4) les habitations sociales ou dites à loyer modique.

Depuis 2010, grâce à l'implantation du processus de certification des résidences privées pour personnes âgées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), plusieurs organismes qui se consacrent à l'offre de services d'habitation ont été certifiés en tant que « résidences pour personnes âgées ». Ce processus de certification a permis de baliser ce marché en pleine expansion, mais un nombre important d'habitations destinées aux aînés ne le sont toujours pas. De plus, de nombreuses études démontrent que les résidences pour personnes âgées arrivent difficilement à répondre à leurs besoins, peu importe la formule d'habitation (Bigonnesse et al., 2011; Charpentier, Malavoy et Vaillancourt, 2005; Ducharme et Dumais, 2008; Ducharme, 2006; Morin, Aubry et Vaillancourt, 2007).

De plus, les pressions liées au vieillissement transforment graduellement le paysage de ce secteur de l'habitation au Québec et l'on voit se former de plus en plus de partenariats entre les secteurs municipal, de l'habitation, de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires (Dansereau et Baril, 2006; Vaillancourt et Charpentier, 2005). Le décroisement entre ces secteurs traditionnellement imperméables s'explique par le fait qu'un secteur seul ne parvient plus à répondre à la complexité des besoins des aînés. Par exemple, des OSBL d'habitation s'associent à des entreprises d'économie sociale et à des organismes communautaires afin d'offrir des services à des prix abordables, établissent des partenariats avec le secteur de la santé pour permettre aux aînés d'accéder aux soins nécessaires au maintien de leur autonomie et collaborent avec le secteur municipal pour faciliter l'accès à des services de proximité et de transport.

Cette tendance indiquant qu'afin de répondre adéquatement aux besoins de cette population, l'engagement des aînés dans les projets d'habitation, des pratiques de concertation et le développement de partenariats deviennent nécessaires est d'ailleurs corroborée par de récents travaux de recherche (Bigonnesse et al., 2011; Reed, Cook, Bolter et Douglas, 2006; Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2008; Weeks, Pottie, Cruttenden et Shiner, 2007). Ces multiples partenariats ont le potentiel d'être au cœur d'un processus de développement des communautés. En effet, Bourque (2009 : 1) définit les relations de partenariat comme :

« une forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie. (...) Elle ne peut se pratiquer ni se concevoir sans la présence de relations ou d'interfaces entre des acteurs de provenance diverse (étatique, institutionnel, communautaire, privé) et de différents secteurs (santé et services sociaux, municipalités, éducation, logement, emploi, etc.) »

À ce sujet, les modèles d'habitation communautaire (coopératives d'habitation et organismes sans but lucratif) sont reconnus pour favoriser la participation de leurs membres et le développement des communautés (Dansereau et Baril, 2006). En effet, en raison de leur structure de gouvernance (conseil d'administration incluant les résidents), ces modèles peuvent donner plus de pouvoir aux résidents et à leurs familles quant à la gestion et aux services offerts dans de telles ressources. De plus, puisque ces modèles sont sans but lucratif, ils présentent un net avantage économique pour les aînés à faible revenu. Enfin, ces ressources d'habitation sont souvent implantées à la suite d'initiatives de la communauté et donc en cohérence avec les besoins reconnus par ceux qui les ont portées. Ainsi, les modèles d'habitation communautaire présentent potentiellement plusieurs éléments essentiels afin de favoriser la participation des aînés en vue d'obtenir une réponse adéquate à leurs besoins et à ceux de leur communauté.

2. Méthodologie

Les résultats présentés dans cet article proviennent d'une étude de cas effectuée dans la Municipalité régionale de comté (MRC) du Témiscamingue, l'un des sept projets-pilotes du projet de recherche-action *Villes amies des aînés au Québec*¹ (VADA-QC). VADA-QC est un projet de recherche-action caractérisé par une démarche de développement communautaire dans cinq municipalités, un arrondissement d'une grande ville et une municipalité régionale de comté (22 municipalités) du Québec. Il est constitué de quatre phases distinctes, mais qui s'alimentent mutuellement : 1) diagnostic, 2) plan d'action, 3) implantation, et 4) évaluations d'implantation et d'effets. Ce projet vise à développer des communautés favorisant la participation, la santé et la sécurité des aînés en se basant sur les huit domaines² énoncés dans le *Guide mondial des villes-amies des aînés* (Organisation mondiale de la santé, 2007).

Provenant d'un mémoire de recherche de maîtrise en service social, les données de cette étude de cas ont été recueillies grâce à onze entrevues semi-structurées auprès des parties prenantes (*stakeholder*, ex. : décideurs municipaux, administrateurs, membres d'organismes communautaires, intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et résidents de ressources d'habitation destinée aux aînés) et deux observations directes lors d'une assemblée générale annuelle et d'une réunion du conseil d'administration d'un organisme communautaire œuvrant dans le domaine de l'habitation destinée aux aînés. Le projet a été dûment approuvé par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke et les données ont entièrement été recueillies et analysées par la première auteure de cet article. Les grilles d'entrevue et d'observation ont été élaborées à la suite d'une importante revue de la littérature sur la situation de l'habitation destinée aux aînés au Québec (Bigonnesse, 2012).

Toutes ces données, ayant fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2008) à l'aide du logiciel de codification Atlas.ti, sont modélisées en une chaîne d'actions (voir figure 1, p. 29) associée à la perspective du modèle logique (*Logic Model*; Yin, 2009). Traditionnellement utilisés en recherche

évaluative, les modèles logiques permettent de mettre en évidence des chaînes d'événements et d'actions présentes contribuant à la réalisation d'un programme (Yin, 2009). En appliquant le concept du programme à un projet d'habitation communautaire, le modèle logique devient un outil d'analyse intéressant pour comprendre les relations complexes entre les divers acteurs d'un tel projet ainsi que les diverses conditions nécessaires à sa réalisation.

3. Résultats et analyse des résultats : étapes de mise en œuvre d'une habitation communautaire destinée aux aînés

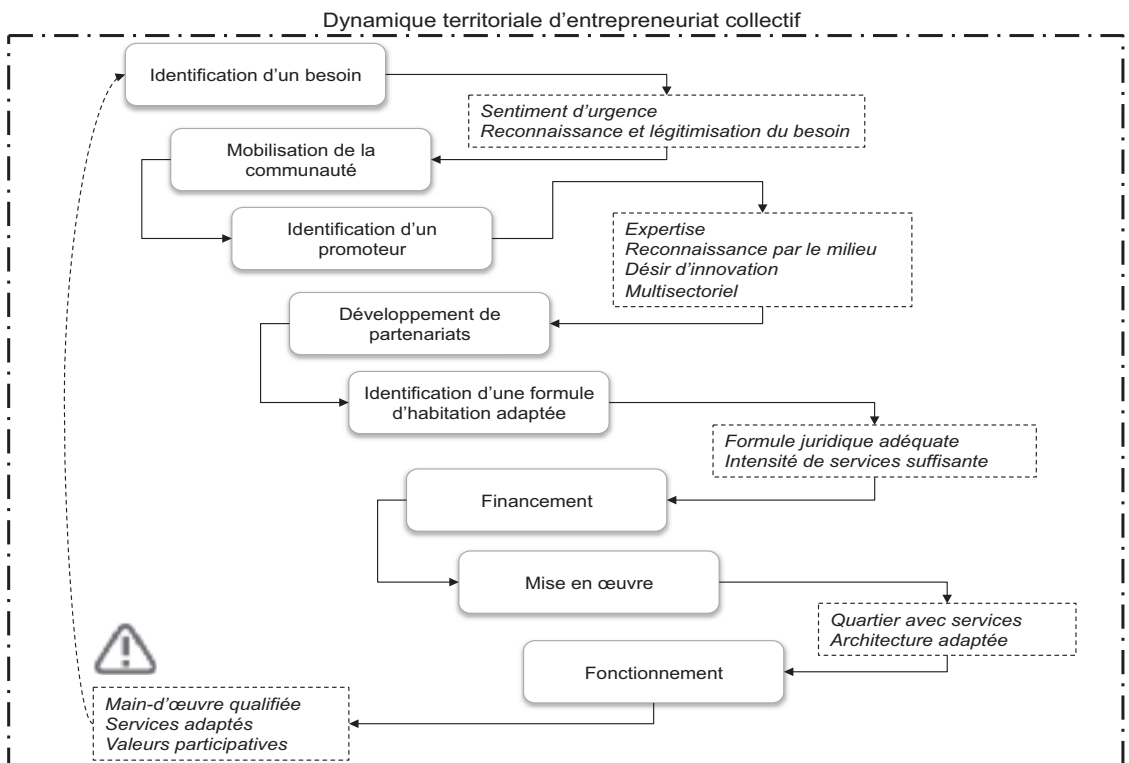
Contexte

Cette section du présent article relate les diverses étapes et embûches qui ont mené à l'implantation de trois OBNL d'habitation destinée aux aînés par la Table de concertation des personnes âgées du Témiscamingue (TCPAT). La TCPAT est l'un des principaux organismes au service des aînés au Témiscamingue, fondé à la suite d'un important colloque sur le logement et les services aux personnes âgées

en 1982. Ayant une structure reposant sur 17 comités locaux d'aînés dans les villages de la région, cet organisme offre de nombreux services, dont des services d'aide à domicile, du transport-accompagnement et une ligne d'aide et d'information. La TCPAT coordonne les services de trois OSBL d'habitation destinés à des aînés en légère perte d'autonomie (Résidence Lucien-Gaudet), en perte d'autonomie (Résidence Marguerite-d'Youville) ou ayant besoin de répit (Résidence Courséjour). En raison de sa structure de gouvernance participative fortement ancrée dans la communauté, il est possible d'affirmer que cet organisme est une initiative permettant une offre de services pour et par les aînés.

Découlant de l'analyse des résultats, la figure 1 présente les diverses étapes qui ont été nécessaires à l'implantation de ces ressources d'habitation communautaire. Ces étapes font ensuite l'objet d'une description détaillée. Elles ne doivent pas être perçues comme un processus linéaire, mais plutôt comme un cycle qui peut recommencer à chaque fois qu'un nouveau

Figure 1 : Chaîne d'actions de l'émergence d'une habitation communautaire destinée aux aînés



besoin est reconnu dans la communauté. Ce processus cyclique, déclenché par l'identification d'un besoin, est illustré par le point d'exclamation en bas à gauche du schéma.

3.1 Dynamique territoriale

Avant d'entreprendre un projet d'habitation communautaire, la dynamique de la communauté doit être favorable à la collaboration et à la mobilisation (illustré en pointillé sur le pourtour de la figure 1). Une compréhension claire du contexte, des rapports de force entre les divers acteurs impliqués et des réalités du terrain constitue le socle des étapes subséquentes du processus de développement des communautés. La présence d'une dynamique territoriale d'entrepreneuriat collectif facilite certainement le déclenchement du processus d'implantation de ce type d'habitation et la création de partenariats. D'aucuns pourraient avancer que ce n'est pas une condition essentielle même s'il se développe en cohérence avec les réalités du territoire. Les résultats de nos travaux démontrent la valeur de cette dynamique. Par exemple, une dynamique territoriale d'entrepreneuriat collectif et d'implication citoyenne est née au Témiscamingue en raison du contexte sociodémographique de la région :

« (...) à cause des distances, à cause aussi du poids démographique par rapport au centre des décisions du ministère, des gouvernements québécois et fédéral, les gens ont appris à travailler ensemble (...). Les gens savent quels sont les cibles, les buts que l'on veut atteindre. Et souvent, tu les vois s'allier facilement et rapidement » (intervenant du secteur municipal).

3.2 Identification d'un besoin

La reconnaissance d'un besoin rendu légitime par tous les acteurs du milieu constitue la première étape du processus. Un besoin porté par un acteur « non crédible », c'est-à-dire ne représentant pas les aînés de la région, serait aussitôt rejeté. Par exemple, au Témiscamingue, la TCPAT, en raison de sa structure participative, est reconnue comme la voix principale des aînés de la région et a grandement contribué à la légitimité et à la nécessité de développer des habitations destinées aux aînés. Toutefois, la complexification des besoins liés au vieillissement et la rareté des ressources requièrent de

plus en plus le recours à des experts pour légitimer leurs besoins. Ainsi, en regard de la complexité et de la rareté, leur voix seule ne semble plus avoir le même poids. Dans ce contexte, la TCPAT s'est associée au CSSS afin de dresser un portrait des besoins actuels et futurs des aînés de la région. À cette étape du processus, le besoin doit aussi être porté par des acteurs crédibles et bien documenté. Les travailleurs sociaux œuvrant à domicile et dans les résidences pour personnes âgées peuvent devenir des informateurs-clés pour établir un diagnostic précis des besoins des aînés d'un territoire donné.

3.3 Mobilisation de la communauté

Un besoin bien « diagnostiqué » par des acteurs reconnus et crédibles du milieu est nécessaire, mais non suffisant, à la mobilisation de la communauté. Deux critères apparaissent comme essentiels à la mobilisation de la communauté : un sentiment d'urgence et une circulation adéquate de l'information parmi les acteurs. Le sentiment d'urgence, lié à l'absence de ressources ou découlant d'une crise de santé publique, constitue le premier critère. Ainsi, au Témiscamingue, la première ressource d'habitation destinée aux aînés, la Résidence Lucien-Gaudet fut développée à la suite du constat d'absence de ressources. Pour sa part, la Résidence Marguerite-d'Youville a été ouverte lors d'une véritable crise de santé publique. En effet, lorsque les propriétaires ont brusquement décidé de mettre la clé sous la porte, laissant ainsi du jour au lendemain une dizaine d'aînés sans aucun service, la TCPAT a décidé d'en devenir propriétaire et d'en assurer la gestion. Un besoin légitime doit donc être urgent pour que la communauté se mobilise et fasse en sorte qu'une masse critique permette de s'y attarder.

La circulation adéquate de l'information auprès des acteurs du milieu constitue le second critère. En effet, il est primordial que tous les acteurs aient accès à la même information et fassent la promotion du projet de façon cohérente et transparente auprès de la communauté. Par exemple, peu importe la légitimité du projet et la vigueur de la mobilisation de la communauté, il a été observé au Témiscamingue que l'absence de la promotion dudit projet ou la diffusion d'informations inexacts par l'appareil municipal peut le faire

achopper. De plus, dans le cas spécifique de l'habitation destinée aux aînés, la participation des associations d'aînés et des acteurs du milieu de l'habitation bien informés, déjà présents sur le terrain, est déterminante. Toutefois, dans un petit milieu, où une même personne peut siéger dans diverses instances (appareil municipal, conseil d'administration de plusieurs organismes, etc.), l'exercice du pouvoir visant à désinformer la population peut rapidement nuire à un projet. Une bonne connaissance de la dynamique du pouvoir au sein de la communauté doit donc guider l'action afin de favoriser une diffusion uniforme et complète de l'information et de permettre ainsi aux acteurs potentiels de prendre une décision éclairée concernant leur implication.

3.4 Identification d'un promoteur

L'étape de l'identification d'un promoteur, bien que placée dans notre modèle à la suite de la mobilisation de la communauté, peut se produire plus tôt dans le processus. Le promoteur est l'organisation ou le groupe de personnes qui mènera à bien le projet. Il est essentiel que ce promoteur soit en contact direct avec les aînés de la communauté ou, comme dans le cas de la TCPAT, avec un regroupement d'aînés. Ce dernier peut être à l'origine de la reconnaissance du besoin et contribuer à mobiliser les acteurs du milieu. Le choix d'un promoteur adéquat, possédant une expertise reconnue par le milieu, est vital à la poursuite du projet. Cette expertise doit avoir été acquise par l'expérience sur le terrain, mais semble devoir être idéalement combinée à une expertise dite « scientifique » – c'est-à-dire que la personne doit être bien au fait des recherches en gérontologie – pour arriver à répondre aux nouvelles réalités du vieillissement. Ainsi, la collaboration intersectorielle est un atout qui permet de passer du promoteur unique à un groupe de promoteurs provenant de divers secteurs qui combinent leurs expertises et qui désirent faire autrement.

Au Témiscamingue, un comité intersectoriel a été formé en 2011 à la suite du constat qu'aucune solution durable pour répondre aux besoins des aînés en matière d'habitation ne pourrait être pérennisée sans la participation de plusieurs acteurs, tels que ceux de l'habi-

tation, de la santé, du milieu municipal, du développement local et communautaire. Ce comité a documenté les besoins d'habitation à long terme des aînés de la région. Bien que ce comité intersectoriel ne soit pas défini comme un promoteur, sa formation fut reconnue, par plusieurs acteurs du milieu, comme une étape déterminante afin de répondre adéquatement aux besoins des aînés de la région. Un intervenant du secteur de la santé mentionne que :

« On a créé, dans la dernière année, un comité intersectoriel (...) pour vraiment regarder l'impact du vieillissement de notre population et les enjeux au niveau des ressources d'hébergement, mais aussi les enjeux au niveau des services qu'on doit planifier pour cette clientèle-là. Donc on en est à nos débuts (...), mais on veut travailler ensemble. »

3.5 Développement de partenariats

En regard de la complexification des besoins liés au vieillissement, l'établissement de partenariats devient donc l'unique solution. Au fil des années, la TCPAT a, en tant que promoteur et gestionnaire de trois OBNL-H, développé de nombreuses relations avec plusieurs organismes de la région. C'est l'une des conditions particulières qui lui ont permis de pérenniser l'ensemble de ces projets malgré le contexte socioéconomique difficile de la région et de contribuer ainsi au processus de développement de la communauté.

Selon Bourque (2009), on retrouve trois niveaux de relations partenariales. Le premier niveau, celui des relations de collaboration, correspond à des relations peu structurées où des acteurs acceptent de contribuer à la mission de l'autre ou d'échanger ponctuellement de l'information entre eux. Le deuxième niveau, celui des relations de concertation, est un processus collectif de coordination basé sur des relations structurées et durables entre des acteurs sociaux qui choisissent de discuter d'enjeux spécifiques et de convenir d'objectifs communs. Enfin, les relations de partenariat sont caractérisées par un engagement contractuel à partager des responsabilités et des ressources faisant suite à une entente négociée. Ce troisième niveau de relations partenariales se justifie par l'impossibilité d'un seul acteur d'entreprendre l'action nécessaire. À cette étape du processus, il nous apparaît évident que les organisateurs commu-

nautaires peuvent devenir le catalyseur de ces relations de concertation et de partenariat.

Dans le cas du Témiscamingue, les relations de concertation ont été favorisées par l'intersectorialité et ont permis de renforcer et de créer de nouveaux liens entre les divers acteurs. De plus, il appert que la légitimité du besoin et le professionnalisme lié à la circulation de l'information ont favorisé l'implication de la MRC :

« La concertation des personnes âgées autour de la TCPAT (...) et la préoccupation [de la TCPAT] pour les services aux personnes âgées [font en sorte] que le milieu est bien éveillé là-dessus. Ça, ce sont des choses qui aident énormément au niveau de la gouvernance par rapport soit aux services gouvernementaux ou aux services de la municipalité locale, qui ont été interpellés par rapport aux besoins de la population d'une façon professionnelle. Normalement, tu passes à l'action, les municipalités s'organisent et trouvent un promoteur. » (intervenant du secteur municipal)

Par ailleurs, il se peut que le partage des responsabilités entre les divers acteurs impliqués diminue la crainte de se faire octroyer une trop grande part du projet. C'est particulièrement vrai des municipalités qui craignent de se voir octroyer des responsabilités appartenant traditionnellement au secteur de la santé. Or, la présence des acteurs de la santé autour d'une table où tous les acteurs sont considérés comme égaux et où l'on reconnaît le champ de compétences et de responsabilités spécifiques de chacun favorise la mobilisation vers l'élaboration d'une solution commune aux enjeux associés au vieillissement de la population.

En plus des relations de concertation, la TCPAT a dû développer, au fil des années, plusieurs partenariats pour répondre adéquatement aux besoins des aînés. Par exemple, l'entreprise d'économie sociale en aide domestique offre ses services aux résidents des trois OSBL-H. De plus, à la suite des constats relatifs au manque de main-d'œuvre pour subvenir aux besoins des aînés en perte d'autonomie, un partenariat avec l'ASSS pour un *Projet novateur*³ et certains lits de ressources intermédiaires (RI) par l'entremise du CSSS a été créé. Certains partenariats plus ponctuels consistent en un transfert de connaissances et de financement.

Par exemple, la Société de développement a apporté son aide pour des plans d'affaires et a financé une partie du projet de la résidence Marguerite-d'Youville. D'autres partenariats se limitent à une entente financière. C'est le cas de la Caisse populaire et de la Société d'habitation du Québec (SHQ) par l'entremise de son programme Accès-Logis⁴.

3.6 Détermination d'une formule d'habitation adaptée

Comme nous l'avons mentionné précédemment, on dénote une complexification des besoins des aînés. Le choix d'une formule appropriée est intimement relié à la reconnaissance et à la recension du besoin et de son contexte. La capacité de payer des aînés de la région, leur désir de rester chez eux le plus longtemps possible, les services à domicile disponibles et leur degré d'autonomie une fois arrivés en résidence doivent être minutieusement documentés. Par exemple, ces dernières années, au Témiscamingue, on remarque que les aînés, à cause du manque de place dans les ressources d'habitation, s'inscrivent sur les listes d'attente plusieurs années à l'avance. Parallèlement, ces aînés profitent des services à domicile et restent chez eux jusqu'au moment où ils ne peuvent plus y vivre en santé et en sécurité. Cette situation fait donc en sorte que, malgré la liste d'attente, les places en résidence pour personnes autonomes sont difficiles à combler et qu'au contraire, les places en résidence pour personnes en perte d'autonomie ne suffisent pas à la demande. Cette situation s'explique par le fait que, puisque les aînés attendent la dernière minute pour déménager, lorsque le besoin de changer de domicile s'impose, il est devenu urgent, voire dangereux pour eux, de rester à domicile.

Il s'agit donc à cette étape de bien documenter les besoins des aînés ainsi que la réalité socio-économique de la communauté tout en sachant que ces deux facteurs peuvent évoluer au fil du temps. Si le promoteur n'est pas une organisation d'aînés, celui-ci doit travailler en étroite collaboration avec les aînés de la région pour cerner adéquatement leurs besoins. C'est donc une étape essentielle dans le processus d'émergence d'une telle habitation. De plus, il serait judicieux de considérer l'établissement d'un processus d'évaluation continue des besoins en

collaboration avec les divers partenaires afin de pouvoir s'adapter au fur et à mesure. Cette évaluation continue des besoins, alimentée par le travail des organisateurs communautaires, peut certainement être prise en charge par les travailleurs sociaux du territoire.

Pour sa part, le choix adéquat d'une formule juridique est influencé par la culture locale et la réalité socioéconomique de la région. Dans une région où l'on retrouve un bassin de population d'aînés ayant un revenu modéré à élevé, il est possible d'envisager une résidence privée à but lucratif. Mais, dans une région où la majorité des aînés a pour seule ressource financière la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti, la marge de manœuvre d'une entreprise pour générer un profit ou même l'équilibre budgétaire est bien mince. Dans ce cas, une organisation sans but lucratif ou un modèle coopératif se présente comme la solution alternative toute désignée. Le choix de la formule doit aussi refléter la culture locale si l'on veut que celle-ci s'y identifie et continue à porter le projet à long terme.

Au Témiscamingue, la formule OSBL a été retenue, car c'est la seule formule viable compte tenu du contexte socioéconomique et historique de cette région :

« L'entrepreneuriat collectif est capable et est le mieux placé pour développer et rendre viables des services de proximité dans les petites collectivités et les territoires. L'économie solidaire, peu importe les formes techniques qu'elle va prendre, c'est d'être capable de faire la job pas mal mieux que le privé dans bien des domaines, et ça, ça devient de plus en plus clair et évident (...). Donc, il y a de la place pour l'entrepreneuriat collectif dans l'hébergement et les services aux personnes âgées comme dans d'autres services comme les services commerciaux de base, les dépanneurs dans les petites collectivités. C'est le prix dans les petites communautés, les entreprises en économie sociale (intervenant du secteur municipal). »

De plus, les coopératives agricoles établies dans les années 1970 ont laissé un mauvais souvenir dans la mémoire collective des habitants de cette région; un modèle d'habitation basé sur ce principe n'a donc pas été retenu. De plus, les revenus fort limités des aînés de la région ne permettent pas à une résidence à but lucratif de survivre.

3.7 Financement

On ne peut nier l'importance de l'accès au financement lors de la mise en œuvre d'un projet d'habitation destiné aux aînés. S'il est impossible pour un seul acteur d'obtenir les fonds nécessaires, un partenariat avec des organismes gouvernementaux, tels que la SHQ par l'entremise du programme Accès-Logis (SHQ, 2003; 2012), est souvent considéré. C'est grâce au soutien de ce programme et à l'importante contribution du milieu – notamment le prix de vente considérablement réduit d'un bâtiment appartenant aux Sœurs de la Charité d'Ottawa – que les OSBL-H au Témiscamingue ont vu le jour.

Les données recueillies sur le terrain témoignent toutefois du fait que le programme Accès-Logis n'est pas adapté aux régions à faible densité de population. La contribution exigée de 15 % provenant de la communauté, certes nécessaire à l'appropriation du projet, peut toutefois devenir un frein à son développement, particulièrement si cette communauté compte de nombreuses personnes à faible revenu. De plus, il faut considérer que la rareté de la main-d'œuvre et le coût des matériaux augmentent considérablement la facture des projets. Ces communautés se trouvent donc doublement pénalisées par leur faible population et par le coût plus élevé des projets en raison de l'éloignement des grands centres.

Les acteurs soulignent aussi que la méconnaissance du terrain et des particularités régionales des employés de la SHQ gérant le programme Accès-Logis et des Groupes de ressources techniques (GRT) pose souvent des défis supplémentaires. Des fonctionnaires stables, compétents et connaissant bien les réalités du milieu sont une condition importante pour mener à bien un projet d'habitation. De plus, dans un contexte où les GRT ne connaissent pas nécessairement les réalités du terrain, les frais associés à leurs services s'ajoutent aux obstacles potentiels déjà présents dans les communautés dévitalisées.

3.8 Mise en œuvre

La prochaine étape du processus est la considération du lieu où l'on établira la ressource. Afin de favoriser un sentiment de « chez-soi » chez les aînés, on doit, entre autres, choisir judicieu-

sement la localisation (Bigonnesse, 2012). Dans le contexte du programme Accès-Logis, il n'est pas rare qu'une part de la contribution de la communauté provienne d'un don de terrain par la municipalité. Or, ces terrains sont parfois assez mal situés, loin des commerces, des services ou du réseau de transport en commun. Dans le cas du Témiscamingue, les ressources d'habitation sont très bien situées, au cœur de Ville-Marie, à proximité de la pharmacie, de la Caisse populaire, du bureau de poste, du CSSS et du poste de police. La proximité des services contribue sans doute au succès de ce projet. Si l'on veut réellement contribuer au bien-être des aînés, il est évident qu'une attention particulière doit être portée à cet aspect des projets d'habitation. D'ailleurs, les modèles les plus prometteurs dans le domaine de l'habitation avec services destinée aux aînés (*assisted-living*) sont ceux qui coexistent dans les quartiers où l'on retrouve des écoles, des centres communautaires, des entreprises, des commerces et des parcs (Cannuscio, Block et Kawashi, 2003). La participation des municipalités et des MRC est alors capitale lorsque l'on veut développer un quartier comprenant des services de proximité accessibles à pied :

« Il y a des actions à mener dans différents secteurs, que ce soit au niveau de l'environnement, au niveau des systèmes des banques, des caisses aussi. (...) Là, tu sors en ville, comment ça peut être facilitant? Système de transport, trottoirs, qu'il y ait des bancs pour qu'ils puissent s'asseoir, différentes facilités au niveau des municipalités. Je pense qu'il y a une responsabilité [au niveau des municipalités] et je pense qu'il y a la mise en commun de tout ça qui va être nécessaire pour faire en sorte qu'on puisse travailler tous ensemble dans le même sens. » (intervenant du secteur de la santé)

Ainsi, des réglementations municipales doivent être modifiées et les types de zonage, adaptés. Ces transformations des quartiers ne favoriseront pas uniquement les aînés, mais l'ensemble des citoyens, toutes générations confondues.

3.9 Fonctionnement : main-d'œuvre

Adopté à l'automne 2011, le projet de loi 16 portant sur le resserrement du processus de certification des résidences pour personnes âgées vise, entre autres, l'augmentation des heures de formation requises pour les

membres du personnel travaillant auprès des aînés (Gouvernement du Québec, 2011a, 2011b). On reconnaît alors qu'il faut une formation spécialisée pour répondre adéquatement aux besoins des aînés. Or, cette main-d'œuvre compétente doit être disponible dans la région. Au Témiscamingue, l'exode des jeunes vers les grands centres rend le recrutement d'une main-d'œuvre qualifiée difficile. De plus, le salaire offert par le réseau de la santé et des services sociaux, nécessairement beaucoup plus avantageux que celui offert par les organismes communautaires, rend cette tâche encore plus ardue. Ici, les projets novateurs peuvent résoudre, comme dans le cas du Témiscamingue, une partie de ce défi par une entente de service. Malgré tout, les acteurs du terrain mentionnent qu'il importe d'éviter la création de deux classes d'employés dans un même établissement occupant le même poste (employés de l'OSBL et employés du CSSS), créant ainsi deux poids, deux mesures. Au moment de la collecte de données, ce défi relatif à la gestion de la main-d'œuvre dans le contexte d'un projet novateur n'était pas entièrement résolu.

Il nous apparaît donc essentiel que cet aspect fasse l'objet d'une attention particulière lors d'ententes de services entre un CSSS et un OSBL ou une coopérative d'habitation soit en s'assurant, par exemple, que tous les employés assignés au même poste soient payés par le même organisme ou en négociant une contribution pour la « mise à niveau » du salaire et des avantages sociaux (congé de maladie, vacances, assurance, etc.) des employés de la ressource communautaire. Dans les deux cas, des règles de gouvernance claires devraient être établies au moment de l'entente de services afin d'éviter que l'organisme faisant l'objet d'un projet novateur ne perde le contrôle de la prestation de services au sein de son organisation. De plus, lorsque c'est possible, une collaboration étroite avec le centre local d'emploi et les centres de formation de la région pourrait être envisagée afin de permettre des stages de formation dans les résidences pour favoriser la rétention de la main-d'œuvre.

4. Discussion des résultats

Les données présentées ci-dessus exposent plusieurs étapes et conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet d'habitation communau-

taire destinée aux aînés. Il en ressort que l'engagement d'une organisation d'aînés, soutenue par la mobilisation de la communauté autour d'un projet porteur répondant à un besoin reconnu par tous les acteurs du milieu ainsi qu'un désir de travailler ensemble et de sortir des sentiers battus ont permis au projet de voir le jour. À cet effet, une communication efficace entre les parties, la connaissance approfondie du milieu et la capacité d'interagir avec la complexité des relations entre les acteurs de plusieurs secteurs sont nécessaires. La pérennisation d'un projet d'habitation communautaire destiné aux aînés est assurée grâce à des acteurs engagés sur le terrain, à l'écoute des besoins de la population et porteurs d'une vision claire de la participation des aînés au développement de leur communauté. Toutefois, il n'en demeure pas moins qu'il reste plusieurs défis à surmonter pour arriver à mettre en œuvre un tel modèle d'habitation. À la lumière des résultats de cette étude, quelques éléments influençant spécifiquement le processus d'implantation d'une telle ressource d'habitation, mais aussi les services offerts à cette population en général, nous apparaissent importants à discuter.

4.1 Des valeurs organisationnelles essentielles à la participation des aînés

En plus du recrutement d'employés bien formés et bien rémunérés (voir section 3.9), le fonctionnement des ressources communautaires doit favoriser la contribution des résidents. Par exemple, la promotion de leur participation est au cœur même de la structure de la TCPAT et de ses ressources d'habitation. Toutefois, des valeurs telles que la participation des aînés de la communauté et des résidents, une approche individualisée des soins, l'instauration d'espaces de pouvoir décisionnel pour les résidents et les employés et l'engagement des familles ne s'instaurent pas spontanément au moment de l'implantation d'une formule juridique d'habitation dite communautaire. Les administrations de telles ressources doivent s'assurer de l'intégration de ces valeurs dans le quotidien et porter une attention particulière à la sélection et à la formation des nouveaux employés, afin d'intégrer celles-ci aux pratiques organisationnelles. Les résidents et leurs familles doivent aussi être informés et engagés dans

la promotion de ces valeurs. C'est ainsi qu'un milieu de vie favorisant les capacités et l'autonomie des résidents pourra naître et s'enrichir au fil du temps et des contributions de ses membres.

4.2 Repenser les services : contrer la dérive dangereuse de la marchandisation de la vulnérabilité

La complexification des soins aux aînés en perte d'autonomie fait en sorte que les ressources d'habitation doivent maintenant offrir des services adaptés, flexibles et évolutifs en fonction de la condition des résidents. Cette réalité influence certainement le choix d'une formule d'habitation (voir section 3.6), mais aussi son fonctionnement interne (voir section 3.9). Les services, dont l'adaptation n'est pas sans défis, doivent être élaborés de sorte qu'ils soutiennent l'autonomie de l'individu au lieu d'en compenser les pertes. Cette conception des services, fort éloignée des structures hospitalières actuelles, nécessite une organisation des soins personnalisée selon la capacité de chaque résident et l'ouverture de l'organisation à leur participation aux activités de la vie quotidienne. Ainsi, une évaluation régulière de la condition de chaque résident par un travailleur social doit être réalisée afin de l'accompagner et de soutenir ses capacités. D'ailleurs, cet accompagnement commence tout d'abord par la reconnaissance que, même si à cette étape de la vie on doit repenser l'organisation de la vie quotidienne, les aînés doivent pouvoir exercer une liberté de choix dans leur milieu de vie.

De plus, il semble évident que les ressources actuelles d'habitation devront relever des défis supplémentaires reliés à l'intensité et à la continuité de leurs services. Puisque les aînés se dirigent dans les habitations avec services beaucoup plus tard qu'auparavant et très souvent en plus grande perte d'autonomie, ils sont donc plus vulnérables. En conséquence, une pression se manifeste pour optimiser la quantité et la qualité de soins ainsi que le niveau de services offerts. Dans ce contexte, pour les aînés à faible revenu, le paiement à la carte des services dont ils ont besoin ouvre la porte à une dérive dangereuse qui conduit à la marchandisation de la vulnérabilité. Des aînés trop autonomes pour le CHSLD, mais trop vulnérables pour rester à domicile se retrouvent incapables

de répondre à leurs besoins ou d'avoir accès à des services adaptés. Il nous apparaît urgent que les professionnels des réseaux publics, privés et communautaires, particulièrement les travailleurs sociaux, développent une compréhension claire des enjeux associés à cette marchandisation de la vulnérabilité.

Les projets novateurs développés ces dernières années ont le potentiel de résoudre cette situation s'ils ne prennent pas la forme de résidences à but lucratif. En effet, au Témiscamingue, les projets communautaires ont permis à la résidence Marguerite-d'Youville, dans un contexte où il est impossible d'augmenter le prix des loyers en raison du revenu fixe des aînés, d'offrir des services de qualité donnés par des infirmières et par des préposés aux bénéficiaires bien formés et bien rémunérés, grâce à une entente avec le réseau de la santé et des services sociaux. Les impacts de ces nouveaux partenariats, qui semblent présenter toutes les conditions pour répondre aux besoins des aînés en perte d'autonomie à faible revenu, devront évidemment faire l'objet d'une évaluation. Cependant, il nous apparaît primordial de s'assurer que ces ententes ne permettent pas de générer un profit ou encore de réduire les coûts dans une résidence à but lucratif. Elles doivent s'établir dans un contexte où les revenus des aînés sont reconnus comme étant limités et où les capitaux libérés par ces partenariats seront obligatoirement réinvestis dans la qualité des services offerts.

4.3 Permettre une offre abordable, complète et continue des services : quelques pistes de partenariat

Dans les régions desservant des aînés à faibles revenus, chaque occasion d'offrir des services abordables doit être prise en compte. Comme nous l'avons vu à la section 3.5, les relations partenariales ont le potentiel de permettre une offre de services de qualité et adaptée aux réalités socioéconomiques des aînés. Quelques pistes de partenariat présentent un potentiel intéressant. Par exemple, la collaboration avec les entreprises d'économie sociale en aide domestique ou les coopératives de services à domicile déjà présentes dans plusieurs régions du Québec pourrait être explorée concernant les services d'entretien ménager. Comme le suggèrent certains acteurs interviewés, pour-

quoi ne pas envisager des partenariats avec des organismes de la communauté tels que les popotes roulantes et les cuisines collectives pour les services de repas et d'animation socioculturelle? Des projets intergénérationnels peuvent se créer avec les écoles primaires, les centres de la petite enfance et les associations d'aînés. Il nous apparaît fondamental que si l'on veut que l'habitation destinée aux aînés joue un rôle dans le développement des communautés, on doit cesser de les considérer comme des lieux fermés, hermétiques à la vie communautaire.

Aussi, afin d'accompagner adéquatement toutes les étapes du vieillissement, l'offre de soins palliatifs devrait être considérée puisque les aînés désirent rester dans la même ressource d'habitation après avoir quitté leur domicile. Comme le souligne un participant à l'étude :

« Il s'agit donc d'avoir des programmes qui permettent de garder ces personnes-là hébergées le plus longtemps possible. L'objectif, c'est jusqu'à la mort. Quand elles sont à domicile, on a une limite, mais lorsqu'elles sont en hébergement, on ne devrait pas avoir à les déplacer deux fois. »
(intervenant du secteur de la santé)

En ce sens, des partenariats avec des organismes d'accompagnement consacrés aux soins de fin de vie et des ententes de services avec les groupes de médecins de famille (GMF) devraient être envisagés, et ce, malgré les nombreux défis que de telles collaborations comportent, afin de permettre aux aînés de demeurer dans leur nouveau milieu jusqu'à la fin de leur vie.

En ce sens, le financement adéquat de ces projets d'habitation ne doit pas être négligé. Toutefois, les partenariats financiers participent de façon très limitée à la mission ou aux objectifs des acteurs financés. L'un des dangers potentiels de ce type de partenariat, qu'il soit public, privé ou philanthropique, réside dans la perte du caractère original du projet afin de répondre aux exigences du bailleur de fonds (Bouchard, Frohn et Morin, 2010). Ainsi, la présence de certains partenaires, tels que le réseau de la santé par l'entremise des *Projets novateurs* et du programme Accès-Logis de la SHQ, pourrait mener à une forme d'institutionnalisation par l'État en l'absence de rapports de pouvoir clairement balisés. Or, puisque ces projets

doivent correspondre aux réalités et aux besoins des communautés dans lesquelles ils sont implantés, une plus grande flexibilité est de mise, particulièrement dans les régions éloignées des grands centres.

4.4 Le rôle primordial des municipalités pour relever les défis du vieillissement de la population

Afin de relever les défis du vieillissement de la population, il nous apparaît essentiel que les municipalités et les MRC soient appelées à participer à l'élaboration des nouvelles solutions, particulièrement dans le domaine du transport, de l'aménagement urbain ou de certains services publics. Comme nous l'avons mentionné à la section 3.8 concernant la mise en œuvre et de l'avis de nombreux acteurs interviewés, même si les villes craignent souvent devoir assumer des responsabilités supplémentaires reliées à la santé de la population, lorsqu'elles s'impliquent davantage dans les projets d'habitation, elles font partie intégrante des mesures durables mises en place pour que les aînés puissent rester à domicile le plus longtemps possible. De plus, dans les petites municipalités où le budget est limité, une coordination régionale à l'échelle des MRC ou des Conférences régionales des élus (CRÉ) devient nécessaire.

Conclusion

Cet article met en lumière la complexité d'une approche de développement des communautés dans le secteur de l'habitation destinée aux aînés. L'étude du cas de la TCPAT a permis de comprendre comment les aînés peuvent être impliqués dans toutes les étapes de ce processus : de la reconnaissance du besoin à l'élaboration d'une solution adéquate et à l'implantation d'une ressource communautaire d'habitation. Cette étude permettra potentiellement à d'autres aînés de s'impliquer auprès des tables de concertation d'aînés au Québec et de mettre sur pied des projets semblables. De plus, la présentation des étapes de l'émergence d'une ressource communautaire d'habitation destinée aux aînés sous la forme d'une chaîne d'actions favorise une meilleure compréhension des interactions complexes entre les multiples acteurs de la communauté. Ces nouvelles connaissances seront utiles aux organisateurs communautaires œuvrant auprès d'organismes

aux services des aînés afin de mieux coordonner leur travail et de faciliter l'implantation de nouveaux OSBL d'habitation.

De plus, pour la pérennité de tels projets d'habitation, cette étude de cas démontre l'importance d'évaluer de façon continue les besoins des aînés de la communauté, que ce soit en début de projet ou dans la gestion quotidienne. Il s'agit là d'un nouveau domaine d'activités pour les travailleurs sociaux, plus habitués à travailler à domicile ou en établissements plutôt qu'à l'échelle régionale avec des organismes offrant des services des aînés. Cette opportunité ne doit pas être négligée puisqu'elle présente un potentiel pour répondre adéquatement aux défis liés au vieillissement de la population.

Pour de futurs projets de recherche semblables, il serait pertinent et fort instructif d'interroger plus largement les acteurs impliqués dans le processus exposé. Par exemple, les organismes de soins palliatifs, les coopératives de services à domicile, les entreprises d'économie sociale en aide domestique, les popotes roulantes, les cuisines collectives, d'autres tables de concertation d'aînés et d'organismes communautaires doivent pouvoir donner leur point de vue sur un tel processus de développement des communautés, et ce, dans plusieurs régions du Québec. Le point de vue des travailleurs sociaux et des organisateurs communautaires doit aussi être mieux documenté et plusieurs autres projets du même genre doivent faire l'objet de recherche afin de vérifier le potentiel d'implantation d'un tel modèle dans d'autres régions. Le développement de projets d'habitation communautaire destinée aux aînés par les aînés est encore mal connu au Québec et mérite l'attention de la communauté scientifique et des intervenants de la santé.

Dans un contexte où le marché de l'habitation actuel ne parvient pas à s'adapter aux besoins de cette population, une structure fortement participative, telle que celle de la TCPAT, permet aux aînés d'être impliqués directement dans la mise en œuvre de projets d'habitation qui leur sont destinés et de les adapter à leurs besoins au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la communauté. Cette association entre une table de concertation de personnes âgées et des projets d'organisations sans but

lucrative d'habitation pour aînés est fort novatrice puisque ce modèle permet le développement d'habitation pour et par les aînés. De plus, le développement de partenariats provenant de secteurs variés comme mode de fonctionnement semble être une solution gagnante afin de mieux répondre aux besoins des aînés en régions éloignées tout en devenant un levier de développement de la communauté. Ce type de collaboration devrait être développé dans d'autres régions afin que le milieu de l'habitation puisse enfin évoluer en cohérence avec les multiples réalités du vieillissement de la population. Ainsi, au lieu de percevoir le vieillissement de la population comme un scénario catastrophique, il est possible d'y entrevoir un réel potentiel de développement communautaire.

Au moment où le Québec est à la recherche de solutions adéquates pour relever les défis du vieillissement de sa population, les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires sont particulièrement bien placés pour contribuer à l'implantation et à la gestion de ressources d'habitation destinées aux aînés accessibles financièrement et aux structures démocratiques permettant l'implication des aînés. Pour les travailleurs sociaux, cette implication inclut l'évaluation continue des besoins des aînés, tant à l'échelle locale que régionale, et l'évaluation des services offerts par les ressources d'habitation. Pour leur part, les organisateurs communautaires sont bien placés pour contribuer au développement de structures de gouvernance démocratiques et participatives au sein des organisations qui offrent des services aux aînés et à l'établissement de relations de concertation et de partenariat entre les divers acteurs.

Enfin, dans le contexte actuel du marché de ce type d'habitation, la tendance à la marchandisation de la vulnérabilité est fort préoccupante et doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants des réseaux publics, privés et communautaires. En ce sens, il nous apparaît donc essentiel que les travailleurs sociaux et les organisateurs communautaires développent une compréhension claire des enjeux associés au marché de l'habitation destinée aux aînés et tiennent un rôle actif dans la défense des droits des aînés, notam-

ment en perte d'autonomie ou à faible revenu. Ils peuvent vraiment contribuer à l'implantation et à la gestion de ressources d'habitation qui favorisent la participation des résidents et le développement des communautés où les aînés ont décidé de vieillir. Sans cette nouvelle démarche, il sera difficile de relever adéquatement les défis liés au vieillissement de notre population.

Descripteurs :

Municipalité régionale de comté (MRC) du Témiscamingue (Québec, Province) // Personnes âgées - Logement // Développement communautaire - Québec (Province) // Table de concertation des personnes âgées du Témiscamingue (TCPAT) // Partenariat

Seniors's housing // Community development - Quebec (Province) // Partnership

Notes

1 <http://www.vadaquebec.ca>.

2 Les huit domaines du projet VADA-QC sont le transport, l'habitat, la participation sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication et l'information, le soutien communautaire et les services de santé et, enfin, les espaces extérieurs et les bâtiments.

3 Les *Projets novateurs* sont des ressources collectives d'habitation avec des places d'hébergement financées par le MSSS dans le cadre du programme de subventions *Pour un nouveau partenariat au service des aînés – Projets novateurs* et visent le maintien le plus longtemps possible de la personne dans son milieu de vie (Gouvernement du Québec, 2007).

4 Le programme *Accès-Logis* de la SHQ permet la création de logements sociaux et communautaires. Il s'adresse aux offices d'habitation, aux coopératives, aux organismes ou aux sociétés acheteuses sans but lucratif qui souhaitent réaliser un projet d'habitation sociale dans leur milieu. Il inclut un volet particulier pour personnes âgées en légère perte d'autonomie (SHQ, 2012, 2003).

Références

- Bigonnesse, C. (2012). *Les enjeux de l'habitation destinée aux aînés au Québec : la notion du chez-soi au cœur d'un processus de développement des communautés*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Bigonnesse, C., Garon, S., Beaulieu, M., et Veil, A. (2011). L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mise en perspective des enjeux associés aux besoins des aînés, *Économie et Solidarités*, 41 (1-2), 88-103.
- Bouchard, M. J., Frohn, W., et Morin, R. (2010). Le logement communautaire au Québec : apports et limites d'une innovation sociale, *Lien social et Politiques*, 63, 93-103.
- Bourque, D. (2009). *Concertation et partenariat – Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cannuscio, C., Block, J., & Kawashi, I. (2003). Social capital and successful aging: The role of senior housing, *Annals of Internal Medicine*, 139 (5), 395-400.
- Charpentier, M., Malavoy, M., et Vaillancourt, Y. (2005). Milieux de vie et population vulnérable, *Cahiers du LAREPPS*, 05-07, 1-34.
- Conseil des aînés. (2007). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Dansereau, F., et Baril, G. (2006). *La participation des aînés à la conception et à la gestion des projets résidentiels au Québec*. Québec : Société d'habitation du Québec.
- Ducharme, M.-N. (2006). Les habitations à loyer modique publiques destinées aux aînés et aînées – Portrait sectoriel, *Cahiers du LAREPPS*, 06-05, 1-89.
- Ducharme, M.-N., et Dumais, L. (2008). Les OSBL d'habitation au Québec – L'offre et les besoins en soutien communautaire, *Cahiers du LAREPPS*, 08-06, 1-123.
- Gouvernement du Québec (2007). *La réalité des aînés québécois* (3^e Éd.). Québec : Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec (2011a). *Projet de loi 16 – Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés*. Québec : Assemblée nationale du Québec.
- Gouvernement du Québec (2011b). *Certification des résidences privées pour aînés – La ministre Dominique Vien se réjouit de l'adoption du projet de loi 16*. En ligne, <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Novembre2011/30/c2611.html>. Consulté le 11 janvier 2013.
- Institut de la statistique du Québec (2004). *Nouvelles perspectives de la population du Québec, 2001-2051*. Sainte-Foy : Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec (2012). *Le Québec chiffres en main*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morin, P., Aubry, F., et Vaillancourt, Y. (2007). *Les pratiques d'action communautaire en milieu HLM – Inventaire analytique*. Québec : Société d'habitation du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève : Éditions de l'OMS.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Reed, J., Cook, G., Bolter, V., & Douglas, B. (2006). *Older people "getting things done": Involvement in policy and planning initiatives*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (2005). *Le point en recherche – Série sur le logement selon les données du recensement de 2001 : Numéro 9 – Révisé. Conditions de logement des aînés au Canada*, N° 05-006, 1-18.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (2006). *Le point en recherche : série sur le logement selon les données du recensement de 2001 : Numéro 10 – Vieillesse, mobilité résidentielle et choix de logement*, N° 06-001, 1-16.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement (2008). *Le point en recherche – Effets du vieillissement de la population canadienne sur le logement et les collectivités*, N° 08-003, 1-16.
- Société d'habitation du Québec (2003). *Programme AccèsLogis Québec – Information générale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Société d'habitation du Québec (2012). *Programmes – AccèsLogis Québec*. En ligne, <http://www.habitation.gouv.qc.ca/programmes.html>. Consulté le 12 avril 2012.
- Vaillancourt, Y., et Charpentier, M. (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Weeks, L. E., Pottie, S., Cruttenden, K., et Shiner, D. V. (2007). *Logement des personnes âgées dans les provinces de l'Atlantique : rencontres de groupes témoins d'aînés distincts et sous-représentés*. Halifax : Atlantic Seniors' Housing Research Alliance.
- Weeks, L. E., & LeBlanc, K. (2010). Housing Concerns of Vulnerable Older Canadians, *Canadian Journal on Aging*, 29, 333-347.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research – Design and Methods*. Applied Social Research Methods Series (5), (4^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.

La collaboration : un enjeu incontournable en intervention à domicile pour lutter contre la maltraitance envers les aînés

par

Annie Riendeau, T.S., M.S.s.

Centre de recherche sur le vieillissement,

CSSS-IUGS

CSSS de la Haute-Yamaska

Courriel : annie.riendeau@USherbrooke.ca

Marie Beaulieu, Ph. D.

Professeure

École de travail social, Université de Sherbrooke

Chercheure

Centre de recherche sur le vieillissement du

CSSS-IUGS

Titulaire de la Chaire de recherche sur

la maltraitance envers les personnes aînées

Concepts de collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle. Principes, conditions et enjeux éthiques d'une collaboration efficace, particulièrement dans les situations de maltraitance à l'égard des personnes âgées vivant à domicile.

Concepts of interprofessional, interdisciplinary, and intersectorial collaborations. Principles, conditions and ethical dilemmas for an effective collaboration, especially in the situation of mistreatment of seniors living at home.

La maltraitance envers les aînés est une problématique sociale qui a été reconnue tardivement par la société québécoise. Envisagée dans le champ de la violence familiale, ce n'est que depuis les années 1980 qu'elle suscite davantage l'attention des praticiens, des chercheurs (Cohen-Lithwick, 2003) et du gouvernement. Prise au sérieux, divers rapports, consultations, comités, orientations et politiques gouvernementales ont démontré un intérêt particulier pour le vieillissement de

la population québécoise, une plus grande considération pour le mieux-être des personnes aînées et un souci pour celles vivant des situations de maltraitance. Ils ont fait ressortir la nécessité de lutter plus efficacement contre la maltraitance commise envers les aînés et ont proposé des actions concrètes pour en réduire sa portée (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* est la première politique publique québécoise qui engage le Québec dans un tournant majeur où des interventions plus efficaces sont favorisées afin de soutenir un plus grand nombre de ces aînés. La portée de ce plan d'action a été rallongée de deux ans, soit jusqu'en 2017 dans la politique publique *Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (Gouvernement du Québec, 2012).

De nombreux praticiens concernés se sont intéressés aux situations spécifiques de maltraitance vécues par les aînés qu'ils accompagnent, ainsi qu'aux conséquences qui en résultent. De leur côté, les chercheurs ont développé les connaissances théoriques et empiriques sur le sujet en traitant de multiples formes de maltraitance exercées à domicile ou en milieu d'hébergement et des actions possibles en vue de la contrer, telles que la prévention, la recherche de cas (le dépistage), l'intervention directe et le suivi. Leurs recherches et leurs travaux ont permis d'identifier bon nombre d'enjeux que cette problématique sociale complexe et multidimensionnelle pose dans la pratique.

Dans le cadre de notre essai de maîtrise en service social, en nous appuyant sur une recension systématique des articles scientifiques publiés par des chercheurs québécois, nous avons relevé et discuté d'une vingtaine d'enjeux directement associés à l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités. L'un de ces enjeux qui ressort de façon répétée de ce corpus concerne la collaboration entre divers professionnels à l'intérieur ou l'extérieur d'un même

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 40-49.

service ou œuvrant dans divers secteurs. Cet enjeu correspond à l'un des quatre grands domaines de compétences agissant comme axe structurant de la vision générale et intégrée de la pratique en travail social (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012).

Cet article vise à démontrer que la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle est un moyen valable pour lutter efficacement contre la maltraitance envers les aînés vivant à domicile. D'abord, un bref exposé de la démarche méthodologique sera présenté, suivra une description des divers concepts de collaboration *multi* et *inter*, viendront ensuite les principes et les conditions que de telles approches exigent en précisant les enjeux propres qu'elles soulèvent. Pour conclure, les impacts de ces formes de collaboration seront énoncés ainsi que les pistes proposées par les chercheurs québécois pour améliorer la pratique.

1. Méthodologie

La démarche méthodologique privilégiée fut la lecture systématique des résumés de l'ensemble des articles scientifiques publiés spécifiquement sur la maltraitance envers les aînés, en français et en anglais, par des chercheurs québécois entre 1990 et avril 2013 (n = 82)¹. Cinquante-deux articles ont été retenus sur la base des concepts définis et de leur pertinence, soit l'intervention auprès d'aînés vivant à domicile, dont treize de ceux-ci ont d'ailleurs mentionné la collaboration comme un enjeu incontournable. La maltraitance, dans l'énoncé de l'Organisation mondiale de la santé qui fut d'ailleurs retenu par le ministère de la Famille et des Aînés (2010 : 17), se définit comme « [...] un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée [qui] se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée ». L'intervention auprès des aînés maltraités se rapporte à toute action professionnelle allant de la reconnaissance de situations de maltraitance, à l'évaluation, à l'intervention directe et au suivi de cas. Nous définissons le domicile comme un « [...] lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), tels une maison,

un appartement, un HLM, une coopérative d'habitation et une résidence d'hébergement privée.

Une seconde lecture complète des textes sélectionnés fut faite à l'aide d'une grille de lecture et d'analyse inductive et déductive permettant de déterminer l'ensemble des enjeux soulevés, les interventions décrites et leurs impacts, les recommandations pour la recherche et la pratique tels qu'énoncés par les chercheurs ainsi que les aspects non couverts par les articles. Les vingt enjeux distincts ressortis sont essentiellement rencontrés dans la pratique psychosociale; cela peut être expliqué par le fait que le corpus d'articles retenus est composé en grande partie de textes produits par des auteurs du champ du travail social.

2. Collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle

La maltraitance envers les aînés est une problématique complexe qui nécessite l'adoption de pratiques différentes en vue de la contrer. Pour déployer une intervention plus riche et plus efficace pour leur bien-être, des approches collaboratives s'avèrent nécessaires, lesquelles se caractérisent par la présence de professionnels provenant de diverses disciplines ou de plusieurs secteurs d'intervention qui s'unissent sur des objectifs et des façons de faire communs (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2009).

2.1 Concepts de collaboration *multi* et *inter*

Qu'est-ce qui distingue les concepts associés à la notion de *multi* de la notion d'*inter*? La collaboration *multi* suppose la présence d'acteurs de différentes disciplines qui visent l'atteinte d'un objectif commun sans qu'ils n'entretiennent de relations réciproques, qu'ils ne modifient leur vision des choses ou leurs méthodes d'intervention (Rioux, 2011). Ils agissent en parallèle et de manière indépendante (Robidoux, 2007) en juxtaposant seulement leurs points de vue (Beaulieu et Brunet, 2011).

La collaboration interprofessionnelle est une collaboration entre des personnes exerçant différentes professions qui planifient leurs interventions au moyen de divers outils et mécanismes, en tenant compte du contexte dans lequel celle-ci s'exerce (Fortier, 2003). La

collaboration interdisciplinaire constitue une action où des personnes de disciplines variées parviennent conjointement à avoir une vue d'ensemble d'un problème et à décider des solutions, des interventions, de leur priorité, du partage des rôles et des tâches dans l'action (Fortier, 2004). Les collaborations interprofessionnelles ou interdisciplinaires peuvent regrouper des intervenants d'un seul ou de nombreux organismes. La collaboration intersectorielle renvoie plutôt à une action qui mobilise et engage de façon continue des acteurs issus de différents secteurs d'intervention (ou organismes) pour mettre en place des actions complémentaires afin d'agir sur une situation complexe visant à satisfaire d'un commun accord les besoins reconnus (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2009). Cependant, bien que l'on s'attende à ce que la collaboration intersectorielle regroupe des intervenants de diverses appartenances professionnelles ou de formations disciplinaires variées, elle peut aussi, dans certains cas précis, amener des gens formés dans le même champ, mais œuvrant dans des organismes différents, à travailler ensemble.

Les personnes impliquées dans un travail de collaboration *inter* sont orientées vers l'atteinte d'une action commune, coconstruite, nouvelle et unifiée qui nécessite une ouverture face aux visions des autres et une prise en compte de leurs points de vue (Beaulieu et Brunet, 2011). En contexte de maltraitance envers les personnes âgées, la collaboration et la coopération entre divers acteurs d'un même ou de plusieurs secteurs (Beaulieu et Leclerc, 2006), au cours d'une ou de plusieurs étapes d'intervention, sont les mesures les plus efficaces pour résoudre des problèmes auxquels aucun d'eux n'est en mesure de trouver de solutions isolément (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001).

2.2 Principes, conditions et enjeux

Une collaboration efficace entre les professionnels de disciplines ou de secteurs différents doit respecter certains principes et conditions, qui soulèvent des enjeux pouvant s'inscrire à toutes les étapes du processus d'intervention, que ce soit lors de l'identification des cas, de l'évaluation, de l'intervention comme telle et

du suivi (Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel, Couturier et Beaulieu, 2010; Giasson et Beaulieu, 2004; Giroux, 2001; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Nahmiash, 1995; Nahmiash et Reis, 2000; Reis et Nahmiash, 1995; Vida, 1994; Yaffe, Wolfson et Lithwick, 2009).

La collaboration intersectorielle est une pratique préconisée par le gouvernement québécois dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* en vue de permettre aux personnes impliquées dans des situations de maltraitance de pouvoir mieux utiliser les services coordonnés qui leur sont consacrés et de recevoir l'aide à laquelle elles peuvent s'attendre (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Ce type d'intervention se reconnaît lorsque les intervenants de différentes disciplines travaillent ensemble, s'ouvrent à l'expertise et à la vision des autres (Rioux, 2011) sans se sentir menacés dans leur identité professionnelle et travaillent au sein d'organisations qui collaborent entre elles de façon harmonieuse (Beaulieu et Brunet, 2011).

Dans la pratique, les professionnels amenés à travailler ensemble visent à ce que leur collaboration s'effectue sans heurts. Cela nécessite une conscience du fait que des divergences de cultures, de pratiques, d'organisation des milieux (Beaulieu et Brunet, 2011) et de points de vue en regard du besoin de se concerter peuvent exister (Rioux, 2011). Pour éviter que ces réalités causent des frictions et altèrent leur collaboration, un travail préparatoire permet de comprendre les rôles et les responsabilités de chacun des organismes, les buts poursuivis au sein des programmes d'intervention et les stratégies cliniques privilégiées (Beaulieu et Brunet, 2011).

Au cours du processus d'intervention, une collaboration efficace entre les divers professionnels impliqués dans un dossier de maltraitance nécessite le partage d'information, une action centrale et essentielle pour assurer la bienveillance envers les personnes âgées maltraitées (Beaulieu, 2002), pour établir une stratégie d'intervention valable (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse [CDPDJ], 2001), pour leur offrir un filet de sécurité et pour veiller à ce que les actions

privilegiées ne soient pas trop intrusives (Beaulieu et Leclerc, 2006). La rencontre de divers intervenants soulève l'enjeu de la confidentialité et du secret professionnel quant à ce qu'ils peuvent dire, comment ils peuvent le dire, jusqu'où ils doivent révéler certains détails (Beaulieu et Brunet, 2011) et dans quelles circonstances ils doivent obtenir le consentement de l'aîné maltraité lorsqu'il est question de divulguer des informations le concernant (Beaulieu et Leclerc, 2006). L'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* précise que toute personne a droit au respect du secret professionnel et à la non-divulgence de renseignements confidentiels la concernant (Gouvernement du Québec, 1975). Le fait de déroger aux règles de confidentialité peut être en soi à l'origine de dérapages, d'abus de confiance et de discrimination (Beaulieu et Leclerc, 2006). Les professionnels qui interviennent lors de situations de maltraitance peuvent décider de respecter de façon absolue ces règles. Ce peut être le cas lorsque l'aîné apte refuse d'autoriser l'accès à des informations le concernant, alors que ces dernières sont requises dans le cadre du processus d'intervention. En vue de respecter son autodétermination, les intervenants se voient donc contraints d'accepter de tolérer une situation à risque (CDPDJ, 2001). Dans le cas où la situation vécue par l'aîné maltraité le place en danger, ils s'assurent autant que faire se peut de respecter son autonomie, d'autant plus si l'aîné est apte, mais peuvent aussi opter pour sa protection. Ce sont les situations qui mettent le plus les intervenants mal à l'aise qui inciteront certains à limiter au maximum le partage d'informations et à adopter une attitude défensive dans leurs interventions, et ce, par peur de sanctions disciplinaires ou de poursuites, ou en raison des malaises que peut leur faire vivre la question de la confidentialité (Beaulieu et Brunet, 2011). L'intervenant est aux prises avec un dilemme moral, soit le choix entre le respect de l'autodétermination de l'aîné ou la dénonciation de la situation de maltraitance dans une visée de plus grande sécurité, tout en respectant son propre code de déontologie (Beaulieu et Brunet, 2011). En pareil cas, l'un des enjeux principaux consiste à trouver un juste équilibre quant au respect des règles de confidentialité ou du secret professionnel pour éviter qu'il ne

devienne un obstacle à l'intervention concertée et serve d'excuse pour légitimer l'inaction (Beaulieu et Leclerc, 2006).

Au Québec, plusieurs professionnels intervenant auprès d'aînés maltraités sont liés, dans l'exercice de leur pratique, au secret professionnel par leur code de déontologie et par le *Code des professions*. Les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux en sont d'ailleurs quelques exemples (Beaulieu et Brunet, 2011; Giroux, 2001). Les travailleurs sociaux sont des professionnels soumis au *Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, dans lequel il est stipulé, à l'article 3.06.01, que tout « travailleur social doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession. » (Gouvernement du Québec, 1981 : 6). Toutefois, ils peuvent divulguer certains renseignements confidentiels qui leur sont révélés s'ils en ont reçu l'autorisation de la part de la personne concernée ou qu'une disposition de la loi leur ordonne ou leur permet de le faire (Giroux, 2001; Turmel, 2012). Selon l'article 60.4 de ce Code, le professionnel peut :

« communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. » (Gouvernement du Québec, 1973 : 38).

En d'autres mots, un professionnel peut communiquer des informations personnelles qu'il détient si, sur la base de faits ou en raison de circonstances, il a des motifs de croire qu'un acte de violence grave ou une menace sérieuse peut se produire dans le futur et que, par son action, il est en mesure de prévenir qu'une personne ou qu'une catégorie de personnes soient en danger de subir des blessures physiques et psychologiques graves (Turmel, 2012). En l'occurrence, seuls les renseignements verbaux ou écrits nécessaires aux fins poursuivies peuvent être divulgués aux personnes

concernées (Gouvernement du Québec, 1973; Turmel, 2012).

Lorsqu'un aîné maltraité présente des limitations cognitives en ce qui a trait à sa capacité à prendre soin adéquatement de lui-même ou à administrer ses biens, il peut être présumé inapte de fait. Cependant, pour être légalement déclaré inapte, une évaluation de son inaptitude doit être effectuée par un médecin, un travailleur social et un juriste comme l'exige la loi. Pour procéder à cette évaluation fine et multifactorielle sur les plans juridique et clinique, les professionnels ci-dessus nommés doivent collaborer entre eux. S'ils émettent des avis divergents, la cause sera contestée et portée devant un tribunal plutôt que réglée par un greffier. Dans ce processus, ce ne sont pas que les aînés qui font l'objet d'une évaluation. Les proches sont aussi observés quant à leur adéquation à assurer la protection de la personne inapte et à leur capacité à la représenter légalement. Ce processus amène les professionnels à composer avec quatre principes éthiques (Canuel et al., 2010) qui ne sont pas nécessairement perçus unanimement entre eux. Il s'agit du droit à l'autodétermination de la personne qui renvoie à une prise de décision favorisant le respect de son autonomie. Le principe de bienfaisance vise à ce que toute intervention faite auprès d'une personne le soit dans son intérêt, alors que le principe de non-malfaisance cherche plutôt à minimiser les préjudices pouvant lui être causés. Quant au principe de justice, il lui assure d'être traitée sans discrimination et de recevoir des services et des soins équivalents (Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel et al., 2010).

L'équilibration de certaines valeurs et croyances personnelles, professionnelles, organisationnelles et sociales est le gage d'une collaboration efficace entre des professionnels de différentes disciplines en intervention psychosociale auprès d'un aîné maltraité. La rencontre de ces cadres de représentation sociale peut rendre complexe la collaboration, surtout lorsque, dans certaines circonstances, ils entrent en conflit. Les tensions rencontrées lors de l'évaluation de la situation de maltraitance et de l'anticipation des actions à entreprendre sont susceptibles d'influencer la détermination du plan d'intervention, les valeurs à privilégier

et les mesures à prendre (Giasson et Beaulieu, 2004). Néanmoins, la collaboration entre divers professionnels ayant des approches, des techniques, des styles de pratique, des préjugés, des valeurs, des croyances, des attitudes et des comportements différents leur permet d'adopter des approches complémentaires et variées. La conjugaison des diversités d'approche contribue à ce qu'un consensus se dégage dans la réponse aux besoins des personnes aînées maltraitées, à améliorer leur capacité de travailler ensemble et, à plusieurs égards, à amoindrir les problèmes que les professionnels rencontrent lorsqu'il s'agit de reconnaître les situations de maltraitance (Yaffe et al., 2009).

Une collaboration efficace au sein d'une équipe interdisciplinaire affectée au soutien à domicile auprès d'aînés en perte d'autonomie, constituée à la fois de professionnels ou non et de proches aidants, est tributaire de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources humaines ainsi que de la qualité de la communication établie entre les établissements et les intervenants au sujet de l'aîné et de son entourage. Le soutien à domicile tend à maintenir optimaux l'autonomie fonctionnelle des aînés, leur confort physique et psychologique, leur bien-être et le respect de leur volonté de vivre dans un milieu entouré de personnes et d'objets familiers. Cependant, certains enjeux nuisent à la collaboration et portent directement atteinte à la qualité de vie de ces aînés, tels les délais de prise en charge des différents services à domicile et le roulement du personnel, dans un secteur de travail principalement féminin. De plus, le manque de ressources humaines peut compromettre l'intensité de la coopération entre les professionnels, le suivi des demandes de soins, l'accessibilité aux services offerts et l'efficacité du soutien à domicile. Par exemple, à la suite d'un séjour hospitalier, une insuffisance de liaison entre les établissements et les professionnels y travaillant peut entraîner des retours à domicile imprévus ou mal planifiés qui sont des facteurs contributifs à des situations de maltraitance. Somme toute, la mise en place de services et de ressources de qualité aura non seulement un impact sur la possibilité de reconnaître une situation de maltraitance, mais aussi, en amont, sur leur prévention (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009).

2.3 Impacts pour la pratique

Selon un grand nombre de chercheurs québécois, la collaboration entre les professionnels assure une meilleure reconnaissance, évaluation, intervention et un meilleur suivi des cas de maltraitance des aînés au cours du processus d'intervention (Beaulieu et Brunet, 2011; Beaulieu et Leclerc, 2006; Canuel et al., 2010; Giasson et Beaulieu, 2004; Giroux, 2001; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Nahmiash, 1995; Nahmiash et Reis, 2000; Reis et Nahmiash, 1995; Vida, 1994; Yaffe et al., 2009). Les interventions et les actions réalisées par les acteurs et les organisations impliqués sont en continuité, évitant qu'elles soient faites isolément et dissociées l'une des autres. En découlent plusieurs avantages au bénéfice d'une amélioration de la qualité de vie des aînés maltraités : accroissement de l'efficacité, meilleur suivi, plus grande équité et accessibilité aux ressources de soins et de services à domicile (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009).

Le caractère évolutif des situations de maltraitance n'est pas toujours prévisible. Une collaboration efficiente entre les professionnels actifs d'une même équipe permet donc une évaluation plus constante de l'exercice des droits de l'aîné par lui-même et de sa capacité à se défendre (Giasson et Beaulieu, 2004). Ils doivent constamment s'interroger sur leur contribution auprès de l'aîné maltraité ou de la personne maltraitante. Les professionnels sont tenus de se demander si leur collaboration doit être modifiée et, le cas échéant, en quoi elle doit l'être. Il est nécessaire qu'ils puissent présenter la situation à un comité d'experts en éthique ou de soutien clinique lorsqu'ils le jugent nécessaire. Cela est particulièrement important dans un contexte où ils cherchent à élaborer un plan de service individualisé pour faire cesser ou diminuer l'intensité de la maltraitance, en visant le respect de l'autodétermination de la personne apte ou inapte et son *empowerment*.

3. Recommandations

Selon les chercheurs québécois, les pistes les plus prometteuses pour améliorer la collaboration entre les professionnels œuvrant auprès d'aînés maltraités au sein d'un même organisme ou d'organismes différents sont la formation, une philosophie organisationnelle

appropriée, la discussion de cas et une équipe multidisciplinaire.

Une formation initiale et continue appropriée des professionnels intervenant dans le champ de la maltraitance envers les personnes aînées constitue le socle au déploiement d'une action appropriée et d'une collaboration efficace (Beaulieu et Leclerc, 2006; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Les intervenants liés par le secret professionnel doivent améliorer leurs connaissances sur sa portée et ses limites par le truchement de contenus de formation spécifiques sur les dispositions législatives qui permettent de divulguer des renseignements confidentiels (Beaulieu et Brunet, 2011; Ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Une formation intra et interdisciplinaire assure une compréhension de la maltraitance envers les aînés dans un ancrage disciplinaire pour ensuite pouvoir s'ouvrir à celui de professionnels provenant d'autres disciplines, ce qui favorise la sensibilité disciplinaire (Beaulieu et Brunet, 2011).

L'organisation qui, par sa philosophie et ses valeurs, veut exercer une influence sur le degré de collaboration interprofessionnelle et sur les résultats obtenus (Robidoux, 2007) doit s'assurer que des ressources adéquates et suffisantes soient mises en place (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009; Robidoux, 2007) pour soutenir le travail des équipes (Giasson et Beaulieu, 2004; Robidoux, 2007) et des professionnels travaillant directement avec les aînés maltraités (Beaulieu et Leclerc, 2006; Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). Un accroissement de liens interorganismes est priorisé en vue d'intensifier la collaboration, notamment lorsque des situations à risque sont observées. Les intervenants pivots sont essentiels à la planification des interventions pour assurer une continuité de services, la protection des personnes aînées vivant à domicile et le maintien de leur qualité de vie. L'organisation doit aussi encourager la mise en œuvre de nouveaux modes de collaboration en créant des liens de proximité et en développant des solidarités au sein de la communauté afin d'assurer l'accès à des services et à des ressources d'aide en matière de maltraitance (Janvier Lafrenière et Beaulieu, 2009). Enfin, plutôt que de déployer ces collaborations au cas par cas ou au gré des demandes,

l'organisation est invitée à reconnaître « [...] l'importance d'avoir des lignes directrices pour départager ce qui peut être fait de ce qui ne peut l'être, ce qui peut être partagé de ce qui ne peut l'être et avec qui » (Belzile, Beaulieu et Berg, 2013 : 63).

La discussion de cas entre les intervenants peut susciter des dilemmes éthiques, entre autres au sujet de l'équilibration nécessaire entre le respect de l'autodétermination et de la protection des aînés maltraités (Beaulieu et Leclerc, 2006). Une planification de ces rencontres permet qu'un moment précis soit consacré à ces dossiers, mais aussi que le temps nécessaire y soit alloué pour mener à un partage de certaines responsabilités entre les professionnels quant à la reconnaissance et au suivi de ces situations qui seront intégrées au plan de services individualisé.

Étonnamment, cette collaboration entre des professionnels de diverses disciplines au sein d'une équipe multidisciplinaire peut les inciter « [...] à adopter une perspective holistique quant à la problématique de la maltraitance » (Beaulieu et Brunet, 2011 : 27), laquelle suppose la prise en compte de la globalité du phénomène et de ses nombreuses dimensions. La mise en place d'une telle structure de rencontre assure que les intervenants de plusieurs disciplines agissent favorablement sur la couverture de l'ensemble des responsabilités liées au suivi, au moyen de soutien et de développement de relations entre les membres de l'équipe (Beaulieu et Brunet, 2011), couvrent plus amplement les questions éthiques et culturelles (Nahmiash, 1995) et que soit ainsi bonifiée l'offre de services (Beaulieu et Brunet, 2011). Une équipe multidisciplinaire peut notamment être composée d'un médecin, d'un gériatre, d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un travailleur social habilités à repérer, évaluer et intervenir lors de situations de maltraitance (Vida, 1994). Reis et Nahmiash (1995) ont développé, dans le cadre du projet CARE au CLSC Notre-Dame-de-Grâce à Montréal, un modèle d'intervention s'appuyant, entre autres, sur une équipe multidisciplinaire ayant pour mandat de conseiller l'équipe de soutien à domicile lors de situations particulières et de l'aider à planifier, à surveiller et à évaluer les stratégies à

adopter (Nahmiash et Reis, 2000). Cette équipe est composée d'un infirmier, d'un auxiliaire familial, d'un consultant ou d'un coordonnateur des interventions en maltraitance et d'un travailleur social (Reis et Nahmiash, 1998) ayant pour tâches de maintenir des liens étroits et une communication soutenue avec les autres membres de l'équipe et les experts-conseils (Nahmiash, 1995). Cette équipe spécialisée collabore avec une équipe d'experts de divers horizons (policiers, avocats de l'aide juridique, psychologues, gérants de banque, psychogéiatres, représentants du curateur et d'organismes de défense des droits) (Reis et Nahmiash, 1998; Vida, 1994) afin de couvrir une variété de situations, de répondre à plusieurs questions et de proposer diverses solutions (Vida, 1994). Au-delà d'une incitation à mettre en place une telle structure de collaboration, étonnamment, nous n'avons pas trouvé dans la littérature existante de propos spécifiques sur les diverses stratégies d'animation à privilégier. De plus, bien que tout un champ de la littérature fasse état de l'importance du travail en équipe multidisciplinaire au sein des organisations, les professionnels y travaillant parlent davantage de travail en interdisciplinarité. Qu'en est-il vraiment? S'agit-il de l'*inter* ou du *multi*?

Conclusion

La collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire ou intersectorielle est l'une des avenues prometteuses de bonification de la prévention, de la détection, de la reconnaissance et du suivi de situation de maltraitance envers les personnes aînées, qui est reconnue par les chercheurs québécois et par le gouvernement québécois à travers son *Plan d'action gouvernemental* de 2010. Pour s'assurer de bonifier la portée de leur collaboration, les intervenants doivent faire preuve d'ouverture en regard de la différence de points de vue, favoriser le partage d'informations en ayant une meilleure compréhension des règles de confidentialité et des limites du secret professionnel et, bien sûr, compter sur des ressources humaines accessibles. Ils doivent se forger une opinion professionnelle et identifier une intervention commune, idéalement la moins négativement influencée par leurs représentations sociales de la maltraitance ou des aînés,

reposant sur l'équilibration entre le respect d'autodétermination et le souci de protection de l'aîné.

Comme le fait remarquer Rioux (2011), la collaboration entre professionnels de diverses disciplines et organismes engagés dans la lutte contre la maltraitance peut se répercuter favorablement de diverses manières. D'abord, par une connaissance plus complète à la fois des besoins, mais aussi des problèmes rencontrés par l'aîné maltraité et son entourage. Puis, par une synergie renforcée entre les actions et les responsabilités des divers professionnels et des organismes impliqués. La mise en place d'interventions et d'actions concertées permet d'éviter qu'elles soient morcelées ou qu'elles se dédoublent. Une collaboration efficace soutient la communication entre les membres de l'équipe, assure que les rôles et les contraintes qu'ils rencontrent soient mieux connus d'eux, développe leur rigueur professionnelle et le maintien de leurs compétences. De plus, elle suscite l'affirmation personnelle et professionnelle de chacun et favorise l'acquisition d'un champ commun de compétences en encourageant la solidarité, la complicité et l'entraide dans les moments difficiles.

Avec l'adoption du référentiel de compétences, les changements à la pratique du travail social par la reconnaissance d'un acte réservé et de plusieurs actes partagés, notre exposé suscite nécessairement des réflexions non seulement sur la pratique du travail social, mais aussi sur la formation des travailleurs sociaux. Le processus de collaboration entre les professionnels et les secteurs d'intervention est certes perfectible. Pour en améliorer sa portée dans la pratique, certaines pistes doivent être priorisées. Pour tout dire, il n'y a pas que la formation initiale et continue, qu'une philosophie organisationnelle appropriée, que la discussion de cas et que la création d'une équipe multidisciplinaire qui soient des avenues prometteuses pour lutter efficacement contre la maltraitance commise envers les aînés. Le travail en interdisciplinarité et en partenariat avec les acteurs de la communauté, l'équilibration des valeurs au sein de la pratique et l'ajout de ressources humaines et financières sont d'autres composantes qui peuvent avoir un impact sur l'efficacité des interventions psychosociales, lesquelles

contribuent à diminuer la lourdeur, le fardeau, l'impuissance, l'insatisfaction et l'inaction vécus par les intervenants (Giasson et Beaulieu, 2004). Un grand pas fut franchi en 2010 avec l'adoption et l'implantation du *Plan d'action gouvernemental*; il importe de poursuivre les efforts au nom de toutes les personnes affectées par la maltraitance des aînés, en commençant, bien sûr, par les aînés eux-mêmes.

Descripteurs :

Violence envers les personnes âgées // Délibération éthique // Intervention auprès des personnes âgées dépendantes // Collaboration interprofessionnelle // Collaboration intersectorielle // Interdisciplinarité
Aged - Abuse of // Ethical deliberation // Frail elderly // Interprofessional collaboration // Intersectorial collaboration // Interdisciplinarity

Note

1 La Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées recueille de façon systématique tous les articles scientifiques publiés par des Québécois depuis le début des publications sur le sujet.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2009). *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*. Consulté le 8 mai 2013 au : <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/PAR%20-%202009.pdf>.
- Beaulieu, M. (2002). La protection des personnes âgées contre l'exploitation, *Le Gérontophile*, 24 (2), 34-39.
- Beaulieu, M., et Brunet, C. (2011). Intergénérationnel, interculturel et interprofessionnel : trois gages de succès dans les interventions pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, dans « Vieillir dans le respect : un choix... une évidence? », *L'Observatoire, Les actes +*, 22-29.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and psychosocial issues raised by the practice in cases of mistreatment of older adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3/4), 161-186.
- Belzile, L., Beaulieu, M., Berg, N., & Respect Seniors (2013). Quelques défis pour la pratique du travail social dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés en Wallonie, *Intervention*, 137, 57-67.
- Canuel, C., Couturier, Y., et Beaulieu, M. (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'incapacité de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels, *Enfance, famille, générations*, 13, 97-115.
- Cohen-Lithwick, M. (2003). Elder abuse: Whose problem is it? *Intervention*, 119, 24-34.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001). *Développer la concertation en toxicomanie : guide pour les intervenants et les gestionnaires*. Gouvernement du Québec.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2001). *L'exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*. Gouvernement du Québec.
- Fortier, L. (2003). Exploration des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelle chez les finissants d'une école de service social, *Intervention*, 118, 21-30.
- Fortier, L. (2004, mai). *Des alliances... au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle*. Communication présentée au congrès annuel de l'AQIISM, Montréal, Canada. Consulté le 8 mai 2013 au : <http://www4.banq.qc.ca/pgq/2005/3132352/3132352.pdf>.
- Giasson, M., et Beaulieu, M. (2004). Le respect de l'autonomie : un enjeu éthique dans l'intervention psychosociale auprès des aînés maltraités, *Intervention*, 120, 98-109.
- Giroux, M. T. (2001). Tribune d'éthique. La violence conjugale : quand la crainte l'emporte sur la confiance..., *Clinicien*, 16 (6), 61-69.
- Gouvernement du Québec (1973). *Code des professions*. Consulté le 14 mai 2013 au : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928d88ec6f1def1284.
- Gouvernement du Québec (1975). *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Consulté le 13 mai 2013 au : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM.
- Gouvernement du Québec (1981). *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*. Consulté le 30 août 2013 au : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM.
- Gouvernement du Québec (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Ministère de la Famille et des Aînés, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Janvier Lafrenière, R., et Beaulieu, M. (2009). Réflexions éthiques. Propos d'infirmières de CLSC sur le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, *Perspective infirmière*, 6 (5), 52-58.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : Le premier choix, la politique de soutien à domicile*. Consulté le 1^{er} décembre 2013 sur le site du ministère au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Gouvernement du Québec.
- Nahmiash, D. (1995). Quelques réflexions sur les mauvais traitements et la négligence exercés à l'endroit des personnes âgées, *Service social*, 44 (2), 111-128.
- Nahmiash, D., & Reis, M. (2000). Most successful intervention strategies for abused older adults, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (3/4), 53-70.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. Consulté le 22 mai 2013 sur le site de l'ordre au : <http://www.otstcfq.org/docs/cadres-et-guides-de-pratique/nouveau-r%C3%A9f%C3%A9rentiel-ts-2012-19-07-2012-final.pdf?sfvrsn=0>.

- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). When seniors are abused: An intervention model, *The Gerontologist*, 35 (5), 666-671.
- Reis, M., et Nahmiash, D. (1998). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées : un manuel d'intervention*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Rioux, A. O. (2011, mai). *L'interdisciplinarité*. Communication présentée dans le cadre de la Journée de formation annuelle en maladies chroniques de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Rimouski, Canada. Consulté le 9 mai 2013 sur le site de l'agence au : http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Sante_publicque_et_services/Maladies_chroniques/Presentations_20mai2011/Aline_O_Rioux_Linterdisciplinarite.pdf.
- Robidoux, M. (2007). *Cadre de référence sur la collaboration interprofessionnelle*. Consulté le 9 mai 2013 au : <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>.
- Turmel, A. (2012). *L'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée*. Présentation PowerPoint. Saint-Hyacinthe, Canada (69 diapositives).
- Vida, S. (1994). An update on elder abuse and neglect, *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (suppl 1), S34-40.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care, *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6), 646-654.

La détermination de l'incapacité d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur

par
Pascal Roy, T.S., M.S.s.
CSSS de la Montagne
CLSC Métro
Courriel : pascal_roy80@hotmail.com

Détermination de l'incapacité selon le Code civil et les conséquences pour le majeur. Dilemmes éthiques vécus par les travailleurs sociaux pendant l'évaluation de l'incapacité d'une personne âgée.

Establishment of the incapacity according to the Civil Code, and the consequences for the persons of full age. The social workers' ethical dilemmas while evaluating the incapacity of seniors living at home.

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société fait que le travailleur social, appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur, doit développer une expertise multidimensionnelle. De plus, le travailleur social se trouve confronté à différentes logiques d'action (juridique et procédurale, médicale, psychosociale, pragmatique) dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Cela nous amène à aborder la position difficile dans laquelle se trouve généralement le travailleur social qui doit choisir entre la promotion de l'autonomie de la personne et la protection de celle-ci, deux lignes de conduite qui ne sont pas toujours conciliables.

In our society, the emphasis on recognition of the fundamental rights of a person regarding his/her physical integrity and consent for care requires

social workers to develop a multidimensional expertise in order to participate in the instituting of protective supervision for persons of full age. Moreover, social workers are confronted with various dimensions (legal and procedural, medical, psychosocial and pragmatic) which should be considered in the process of the evaluation. This brings us to consider delicate position of the social worker who must make a difficult choice between promoting the service user's individual autonomy or protecting him or her from harm, courses of action that are not always compatible.

À moins que des changements démographiques majeurs aient lieu, d'ici 2041, le Québec sera l'une des sociétés comptant le plus grand nombre de personnes âgées en Occident. Selon Bussière, Thouez et Carrière (2006), près de 30 % de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus. En 2012, cette population représentait déjà 16,2 % (Payeur et Girard, 2013). Selon les chiffres du Curateur public du Québec, les personnes âgées atteintes d'une maladie dégénérative représentaient 43 % des nouvelles entrées dans un régime de protection public en 2006-2007. En 2000-2001, ces personnes ne représentaient que 39 % (Lavallée, 2007). Cette nouvelle réalité démographique liée en partie à la hausse de l'espérance de vie, combinée à une augmentation des maladies dégénératives, illustre le besoin de s'intéresser à la question des régimes de protection pour les personnes âgées. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les travailleurs sociaux dont l'expertise autour de la pratique liée aux régimes de protection du majeur sera de plus en plus sollicitée. En effet, le 18 juin 2009, le projet de loi 21 était adopté par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi qui modifie le *Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, confirme à l'article 5, paragraphe f, que le travailleur social est le seul professionnel en droit de « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant »

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 50-62.

(Pauzé et Gautier, 2009). Il va sans dire que la pratique de l'évaluation psychosociale par les travailleurs sociaux dans le cadre des régimes de protection est en pleine expansion et que, de ce fait, cette pratique nécessite de la profession un plus grand encadrement et une meilleure compréhension des enjeux qui en découlent (Pauzé et Gautier, 2009). En raison de la clientèle qu'il dessert, le travailleur social qui travaille notamment au Programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) est appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur. Il doit d'abord décider du bien-fondé ou non de la démarche pour son client. S'il évalue que la démarche est nécessaire, le travailleur social doit également se prononcer sur le degré d'incapacité de son client et sur la personne qui est, selon lui, la plus apte à devenir tutrice ou curatrice. S'il déterminait que personne ne peut jouer ce rôle dans l'entourage du client, le travailleur social devrait alors recommander que ce soit le Curateur public qui s'acquitte de ce rôle. Ce processus implique donc que le travailleur social prenne un certain nombre de décisions qui auront très certainement un impact significatif dans la vie de son client et de son entourage. Le travailleur social peut alors se retrouver dans la position difficile de choisir entre l'autonomie de la personne et la protection de celle-ci. Ce dilemme, opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance, prend toute son importance lorsque, par exemple, il s'agit de dossiers impliquant des personnes âgées dont l'aptitude semble suspecte ou encore lorsqu'il y a soupçon d'abus de la personne âgée par son aidant principal.

Objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est d'accroître notre compréhension du processus de prise de décision du travailleur social dans la détermination de l'incapacité d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. D'une manière plus spécifique, cette étude consiste à retracer et à théoriser, par l'analyse de sa logique d'action, le processus à travers lequel le travailleur social se positionne lorsqu'il se retrouve confronté à des dilemmes éthiques relatifs à la détermination de l'incapacité d'une personne âgée. Plus concrètement, nous chercherons à explorer le vécu des travail-

leurs sociaux concernant : les dilemmes associés au processus de prise de décision dans la détermination de l'incapacité; les éléments qui influencent le processus de prise de décision (tels les principes, les attitudes, les valeurs professionnelles et personnelles, les croyances, les paramètres contextuels, le rôle joué par l'individu); le rationnel associé au processus de prise de décision (finalités associées à l'action).

État de la question

Le *Code civil du Québec* précise à l'article 258 qu'un majeur peut devenir : « inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite, notamment, d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté » (Geneau, 2005). L'incapacité ou, en d'autres termes, la perte de la capacité à exprimer une volonté libre et éclairée entraîne de lourdes conséquences pour la personne déclarée inapte. Parmi les plus importantes, il y a certainement la perte de sa capacité juridique, c'est-à-dire la possibilité pour le majeur d'exercer lui-même tous ses droits. Cela a pour effet de placer la personne en position de dépendance et de porter atteinte à son autonomie (Bélanger et Beaulieu, 2006). Ainsi, si l'incapacité de la personne âgée est reconnue, son représentant légal, nommé aux termes d'un jugement ou selon les dispositions de la loi, qu'il soit un membre de sa famille ou toute autre personne ayant à cœur l'intérêt de la personne âgée ou encore qu'il s'agisse du Curateur public, est autorisé à consentir ou à refuser les soins requis par son état de santé ou l'hébergement demandé (Art. 15 C.c.Q, cité dans Guay, 2002). Ce n'est que si la personne âgée refuse catégoriquement l'hébergement, par exemple, que l'autorisation judiciaire est requise (Art. 16 C.c.Q, cité dans Guay, 2002).

La détermination de l'incapacité requiert trois mesures, soit une évaluation psychosociale, une évaluation médicale et un interrogatoire juridique. Alors que l'évaluation psychosociale est réalisée par un travailleur social, l'évaluation médicale est effectuée par un médecin et l'interrogatoire juridique, par un notaire ou un avocat. La décision finale concernant l'incapacité est rendue par un juge ou un greffier

(Bélangier et Beaulieu, 2006). Le processus d'évaluation de l'inaptitude compte quatre composantes, soit les composantes fonctionnelle, causale, systémique et décisionnelle qui ont ainsi été définies par Grisso (1994, cité dans Geneau, 2005). La composante fonctionnelle fait référence à l'évaluation des difficultés vécues par la personne. Ces difficultés d'ordre fonctionnel peuvent notamment avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne et domestique de la personne âgée ou encore entraver ses habiletés nécessaires à une prise de décision (Geneau, 2005). À ce titre, il serait erroné de croire que la sévérité des déficits cognitifs est invariablement un indicateur fiable de l'inaptitude.

Dans ce domaine, plusieurs situations sont possibles. On peut, par exemple, considérer une personne atteinte de démence légère inapte à décider pour ses biens parce qu'elle présente un manque important d'autocritique. Une autre, dont les déficits cognitifs sont plus sévères, sera reconnue apte à décider pour ses biens parce que, pleinement consciente, elle pourra recourir à des moyens compensatoires efficaces, par exemple, en ne signant rien sans la présence de ses enfants (Geneau, 2005). En ce qui a trait à la composante causale, il est nécessaire que la cause de l'inaptitude soit précisée. À ce titre, il peut s'agir par exemple d'un syndrome démentiel ou d'un état confusionnel aigu. Notons qu'une opinion pronostique doit être émise. S'agit-il d'une condition traitable? Doit-on s'attendre à une détérioration (Geneau, 2005)? La composante systémique fait référence à l'importance d'évaluer ici les exigences environnementales, tant humaines que physiques, auxquelles la personne majeure doit faire face et qui risquent de la placer en position vulnérable relativement à certaines décisions (Geneau, 2005). À ce titre, une personne âgée peut très bien souffrir d'un désordre mental et être quand même considérée comme apte à prendre une décision. Une erreur commune est de conclure qu'un majeur est nécessairement inapte du fait qu'il souffre, par exemple, d'une démence de type Alzheimer (Geneau, 2005).

Parce qu'une incapacité résultant d'une condition pathologique n'entraînera pas les mêmes conséquences chez deux sujets âgés, il est indispensable pour l'évaluateur d'obtenir toutes les

informations concernant l'environnement de la personne, la gestion de son budget, son patrimoine, le soutien qu'elle reçoit de son entourage, la possibilité d'abus et toute autre information de nature psychosociale (Geneau, 2005). Ainsi, lorsque la personne âgée vit dans un milieu aidant et protecteur, une inaptitude présumée cliniquement n'appellera pas forcément l'enclenchement automatique du processus de détermination de l'inaptitude (Couturier, Beaudry, Beaulieu et Philips-Nootens, 2006). Linzer (2002) fait remarquer l'importance de considérer l'aptitude à décider comme étant presque toujours spécifique à certaines tâches et pouvant être fluctuante dans le temps et l'espace. Une personne peut très bien être confuse dans un hôpital et très bien fonctionner à domicile. Ainsi, il se peut que l'évaluation qui a lieu au domicile soit trompeuse du fait que les incapacités de la personne peuvent être camouflées par le fait qu'elle se trouve en terrain familial (Linzer, 2002). Il ne faut pas non plus confondre inaptitude et « personnalité originale ». Dans certains cas, des personnes âgées courent le risque de se voir déclarées inaptes à prendre des décisions du fait qu'elles étaient brusques et particulièrement solitaires ou encore irrégulières dans leurs décisions (Linzer, 2002).

Enfin, la composante décisionnelle s'exprime par la question suivante : considérant l'incapacité résultant d'une pathologie et s'actualisant dans un environnement donné, la personne majeure est-elle à ce point à risque qu'il soit nécessaire de la protéger en la reconnaissant inapte? Nous touchons ici le dilemme fondamental entre paternalisme et autonomie. Si l'évaluation de cette composante demeure aisée dans plusieurs cas, elle peut se révéler ardue lors de situations qui mettent les intervenants face à un conflit éthique où ils devront décider laquelle des deux orientations est préférable à l'autre, dans une situation déterminée. Comme nous le dit Geneau (2005), c'est évidemment au tribunal que revient la responsabilité de trancher en cas de litige. Cependant, en ce qui concerne cette dernière composante, nous pensons que ce serait une erreur de sous-estimer le pouvoir ou plutôt la responsabilité du travailleur social impliqué dans un tel processus (Geneau, 2005).

Dans une étude dont l'objectif était d'examiner l'influence de différents déterminants sur la perception des travailleurs sociaux quant aux risques associés au maintien dans la communauté des personnes âgées vulnérables, Healy (1998) a trouvé que les travailleurs sociaux intègrent activement une variété de perspectives et de facteurs dans leurs prises de décisions cliniques et éthiques. Par contre, il apparaît que lorsque la personne âgée démontre des déficits physiques et cognitifs, sa confusion devient un facteur primordial dans la prise de décision éthique des travailleurs sociaux pour la détermination de l'inaptitude (Healy, 1998). Dans son étude, Healy (1998) a aussi démontré la difficulté pour les travailleurs sociaux à juger de l'importance de chacun de ces facteurs lorsqu'ils doivent déterminer la capacité de la personne âgée à prendre des décisions. Le manque de formation adéquate et le fait de sous-estimer l'importance de développer des habiletés reliées à cette évaluation seraient à l'origine de jugements inconsistants et de l'amplification de tensions éthiques. Cet auteur conclut son étude en insistant sur l'importance pour les travailleurs sociaux œuvrant dans les programmes de maintien à domicile de développer une expertise en ce qui a trait à l'évaluation de la capacité à prendre des décisions et sur la nécessité pour les chercheurs de s'intéresser à la manière dont les travailleurs sociaux qui interviennent dans la communauté auprès de personnes âgées vulnérables évaluent le degré de capacité à prendre une décision (Healy, 1998).

Le travailleur social intervient constamment selon deux principes qui sont tout aussi centraux en travail social, soit l'autonomie et la bienfaisance. Healy(2003) utilise les termes « d'éthique de tous les jours » (*every day ethics*) pour qualifier ces tensions avec lesquels le travailleur social jongle constamment. En effet, celui-ci, au risque de voir ses idéaux s'effriter sans qu'il ne sache ni quand ni comment cela s'est fait, devrait avoir une profonde conscience de ces tensions qui sont à la fois subtiles et insidieuses. Le concept d'autonomie n'implique pas que la personne doive être en total contrôle en toute circonstance et libre de toute influence extérieure ou contrainte. Selon Linzer (2002), l'autonomie s'exprime plutôt dans le choix rationnel de la personne entre différentes

alternatives clairement définies et comprises par la personne. En travail social, le concept d'autonomie implique que la participation de la personne soit facilitée par l'intervenant (Healy, 2003). Ainsi, le travailleur social a l'obligation d'exposer au client une information complète et des alternatives viables parmi lesquelles choisir. De plus, il doit s'assurer que la décision de son client soit prise, le plus possible, en dehors de toute influence indue ou de toute forme de coercition (Linzer, 2002).

Le principe de la bienfaisance fait référence au souci pour la sécurité. Selon ce principe, le travailleur social a l'obligation morale de s'assurer de l'intérêt de la personne (Healy, 2003). Pour Linzer (2002), un premier fondement de la bienfaisance suppose que la personne puisse en retirer des bienfaits et un second demande à ce qu'il y ait un équilibre entre les bénéfices attendus et les risques encourus. En effet, il y a certainement un danger à agir selon le principe de bienfaisance sans égard à celui de l'autonomie. À ce titre, Beaulieu et Leclerc mentionnent le risque de perturber l'état de la personne âgée, et ce, même si son état cognitif est altéré (Beaulieu et Leclerc, 2006). En effet, les actions entreprises au nom du principe de bienfaisance peuvent être perçues comme blessantes et ressenties par la personne âgée comme étant une intrusion dans sa vie et son intimité (Linzer, 2002). Il arrive également certaines situations où les actions entreprises selon le principe de bienfaisance deviennent du paternalisme.

Linzer (2002) définit le paternalisme comme le fait d'intervenir en dépit des souhaits de la personne. Le paternalisme peut également s'exprimer par le fait d'agir en utilisant la coercition, la déception, la rétention d'information ou encore dans l'intérêt d'une tierce personne. On peut parler de paternalisme lorsque le travailleur social tente d'aider un client sans son consentement. Bien qu'il soit considéré comme un affront à la dignité et à l'indépendance de la personne par son caractère coercitif et intrusif, il n'en reste pas moins que le paternalisme peut s'avérer nécessaire dans certaines situations. En effet, certaines interventions menées sans l'accord ou contre la volonté de la personne peuvent être justifiées par le principe de bienfaisance afin d'améliorer la qualité de vie de la personne. On peut citer trois raisons qui, pour

le majeur, peuvent justifier une attitude pouvant être perçue comme paternaliste : intervenir afin de prévenir un acte irréversible comme le suicide, outrepasser temporairement la volonté de la personne dans l'objectif de lui assurer une liberté et une autonomie futures et, enfin, intervenir s'il s'agit d'une personne inapte (Linzer, 2002).

L'une des questions auxquelles le travailleur social est couramment confronté dans le cadre de ses interventions auprès de la clientèle en perte d'autonomie concerne la légitimité de l'influence du travailleur social sur son client. En effet, l'influence de celui-ci sur son client peut-elle compromettre le principe d'autodétermination? Pour Linzer (2002), la distinction entre une influence induite et une influence appropriée se détermine dans l'attitude du travailleur social envers son client. Le travailleur social est-il respectueux de la dignité de celui-ci ou tente-t-il de faire prendre une décision que la personne n'aurait pas volontairement choisie? Cependant, comment déterminer l'action qui va réellement dans le sens de la préservation de la dignité de la personne âgée? En effet, l'éthique de la dignité peut appuyer une action menée en fonction du principe d'autonomie tout comme celui de la bienfaisance. Bien que l'on ne puisse conclure *ipso facto* à l'illégitimité de l'intervention de type paternaliste, on ne peut écarter le fait que dans certains cas une intervention autoritaire peut placer la personne âgée et les services à risque (Beaulieu et Leclerc, 2006). Pour Smith (2010), la déconstruction des interprétations et des utilisations contemporaines du concept de « gestion du risque » incarnées par une forme autoritaire de l'évaluation et de la prise de décision montre que celle-ci peut être considérée comme un véhicule de maintien et de légitimation des relations de pouvoir qui oppresse les personnes les plus vulnérables et les prive de l'exercice de leurs droits civils.

Dans les cas où les mauvais traitements se superposent à l'inaptitude, l'affrontement opposant les principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance acquiert une dimension encore plus importante (Bélanger et Beaulieu, 2006). Le travailleur social qui doit prendre des décisions dans une situation où il y a abus ou suspicion d'abus envers la personne âgée doit

tenir compte du fait que son intervention risque d'être vécue par la personne âgée comme un abus pire que celui dont l'intervenant tente de la protéger. De plus, il doit considérer que sa décision peut dériver d'erreurs de perception, de manques d'informations ou encore d'incompréhensions sur la situation globale de la personne âgée. D'une part, la négligence envers les personnes âgées est un concept difficile à définir compte tenu des différentes interprétations relatives à sa nature. D'autre part, la question de la légitimité se pose lorsqu'il s'agit de prendre une décision pour la personne alors que le travailleur social n'a parfois qu'une connaissance très partielle de la personne et de son environnement. La question de la détermination peut alors soulever plusieurs questions éthiques pour les professionnels. À cet effet, Beaulieu et Leclerc (2006) soulignent que la pratique dépend de nombreux facteurs objectifs et subjectifs. Ils précisent que, selon leur expertise dans le domaine, la représentation des dynamiques de maltraitance des personnes âgées qu'ont les intervenants varie. Cette représentation aura un impact sur les interventions réalisées ainsi que sur la perception qu'ils en auront en matière d'efficacité. La complexité de certaines situations d'abus peut amener certains intervenants à éprouver des sentiments d'échec, d'inefficacité ou de culpabilité (Saveman, 1992, cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006).

L'importance accordée à la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes en matière d'intégrité physique et de consentement aux soins dans notre société nécessite que le travailleur social appelé à participer à l'ouverture de régimes de protection du majeur développe une expertise multidimensionnelle. De plus, le travailleur social se retrouve aux prises avec différentes logiques d'action dont il doit tenir compte dans le processus d'évaluation. Ces logiques d'action sont basées sur les valeurs personnelles et culturelles du travailleur social, de la personne âgée, de son entourage, de l'équipe interdisciplinaire ainsi que sur celles des institutions concernées. Il va sans dire qu'il peut exister des différences significatives dans les systèmes de valeurs de ces parties (Doyle, Miller et Mirza, 2009). Dans ce contexte, on peut se demander pour qui ou dans l'intérêt de quel acteur les recommandations des

évaluations de l'inaptitude sont formulées. Pour la personne âgée, pour ses proches, pour les professionnels qui l'évaluent ou pour quelqu'un d'autre (Bélanger et Beaulieu, 2006)?

Une étude de Kadushin et Egan publiée en 2001 a établi une relation entre l'augmentation du nombre d'acteurs impliqués et la fréquence des conflits éthiques survenant dans les programmes de maintien à domicile. Une même relation a été trouvée en ce qui a trait à la difficulté à résoudre ces conflits. Cela confirme l'importance de comprendre la perspective de chacun des acteurs impliqués dans les conflits éthiques qui surviennent dans le cadre de programmes de maintien à domicile. En dépit du fait que la défense de l'intérêt de leur client est considérée comme l'un des premiers engagements des travailleurs sociaux, il n'en reste pas moins que ceux-ci doivent généralement composer avec les intérêts des autres membres de la famille et de l'équipe multidisciplinaire, sans compter les impératifs financiers ou autres de l'organisation pour laquelle ils travaillent, et qui est, elle-même, aux prises avec les impératifs du système de santé en général (Kadushin et Egan, 2001). En ce qui concerne les désaccords qui peuvent survenir entre les différents professionnels impliqués dans le processus d'évaluation de l'inaptitude, Bélanger et Beaulieu (2006) soulignent que les tensions se manifestent surtout dans les dossiers qui ne sont pas clairs et où subsistent des zones grises concernant l'aptitude de la personne évaluée. Il arrive par exemple que le travailleur social penche pour l'inaptitude partielle alors que le médecin penche pour l'inaptitude totale. Dans ce contexte, les valeurs personnelles des intervenants guident les pratiques et influencent grandement la prise de décision finale.

Beaulieu et Giasson (2005) qui se sont intéressées au vécu des intervenants psychosociaux travaillant auprès des aînés maltraités ont constaté que ces derniers s'interrogeaient de façon particulière sur leur pouvoir en tant qu'intervenants. Elles rapportent que nombreux sont les intervenants qui font état des obstacles liés à leur contexte de pratique. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment le manque de soutien clinique et professionnel, l'absence de lieux pour discuter des difficultés éthiques rencontrées dans la pratique, le manque de

ressources financières et humaines disponibles ainsi que le fait que les décisions ne soient pas toujours prises en équipe interdisciplinaire et dans un climat non menaçant. En 2009, Landau publiait une étude sur la perception des travailleurs sociaux relative à l'importance de leur contribution dans l'identification et la résolution des dilemmes éthiques en milieu hospitalier. Landau s'est notamment intéressée à la façon dont la relation entre le travailleur social et les autres membres de l'équipe soignante influait sur le processus de décision éthique.

Le contexte organisationnel peut également avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, notamment du fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003, cité dans Beaulieu et Giasson, 2005). McDermott (2010), dans une étude portant sur les jugements portés par des professionnels de la santé sur des cas d'autonégligence commis par des personnes âgées, a trouvé que la perception du risque qu'avait l'intervenant était aussi influencée par le contexte organisationnel. Ainsi, ceux qui travaillaient au sein d'une organisation dont la mission principale est d'offrir des soins de santé se montraient plus concernés par les risques découlant de l'autonégligence alors que ceux travaillant dans la communauté étaient plus préoccupés par les risques associés à la salubrité. Ces résultats suggèrent que l'expérience reliée aux risques est à la fois socialement et culturellement influencée par le contexte organisationnel.

Le cadre conceptuel

Pour tenter de comprendre le processus de positionnement éthique du travailleur social dans le processus de détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, il nous a semblé pertinent de nous référer à l'analyse du comportement des acteurs. À cet effet, nous avons choisi le paradigme de l'individualisme méthodologique tel que présenté par Raymond Boudon (2004), lui-même inspiré de l'interactionnisme de type wébérien. C'est pour la richesse de ce paradigme et le fait qu'il offre une méthode d'analyse de l'adhésion du sujet social aux valeurs (jugements de valeur) et de l'origine des sentiments moraux, que nous avons opté pour le modèle cognitif de Raymond Boudon (Assogba, 1999). Ce cadre

analytique et conceptuel permet d'aborder l'éthique comme la résultante des rapports sociaux qui structurent l'espace d'action de l'acteur ou, autrement dit, « la configuration ou la constellation spécifique d'une pratique normative » (López, 2009). C'est dans cette logique que Raymond Boudon affirme que, bien que l'action individuelle soit soumise à des contraintes sociales, cela n'implique pas que ces dernières déterminent l'action individuelle. Plutôt que de concevoir ces contraintes comme délimitant le champ du réel, ces contraintes sont vues comme délimitant le champ des possibles. Ce n'est que comparée aux notions corrélatives d'action et d'intention que la notion de contrainte prend son sens. De la même manière, ce n'est qu'en référence aux intentions et aux projets d'acteurs que la notion de structure sociale trouve sa signification. Un phénomène doit donc être analysé comme l'effet émergent résultant de l'agrégation de comportements individuels. Autrement dit, comprendre le social dans cette perspective, c'est analyser les rationalités des individus afin de saisir leurs « effets de composition », c'est-à-dire la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social (Boudon, 2004).

Ainsi, pour Boudon, *l'homo sociologicus* doit être considéré comme un acteur intentionnel, doté d'un ensemble de préférences, qui agit en fonction d'une information limitée et dans une situation d'incertitude, qui est plus ou moins conscient de son degré de contrôle sur les éléments de la situation et qui cherche des moyens acceptables de réaliser ses objectifs (Perrenoud, 1998). Cela implique que le travailleur social se trouve irrémédiablement devant une information limitée et donc dans une situation d'incertitude où il a plus ou moins conscience du degré de contrôle qu'il a sur celle-ci. Sachant cela, pour quelle stratégie le travailleur social optera-t-il? Quelle valeur privilégiera-t-il? Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, le respect de sa liberté ou la protection de cette dernière? Dans l'intérêt de qui formulera-t-il les recommandations de son évaluation et quelle en sera la finalité visée?

Méthodologie de la recherche

Afin de nous familiariser avec les préoccupations et la façon dont les travailleurs sociaux se

positionnent sur les dilemmes auxquels ils sont confrontés, nous avons opté pour une recherche qualitative de nature exploratoire (Deslaurier et Kérésit, 1997; Poupart, 1997). Notre échantillon était composé de sept travailleurs sociaux des programmes PPALV au CSSS de la Montagne. L'entrevue a été choisie comme principal outil de collecte. En effet, comme les données recherchées portent sur les attitudes, les principes ou les valeurs des personnes, il serait complexe, voire impossible, de les recueillir par simple observation. Par ailleurs, dans la mesure où la recherche est exploratoire et interrogative plutôt que confirmative, nous avons opté pour l'entrevue semi-structurée à questions ouvertes. En effet, ce type d'entrevue est particulièrement approprié pour les recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste (Mayer et Saint-Jacques, 2000).

Nous devons également souligner certaines limites, notamment en ce qui concerne le risque lié à la désirabilité sociale présent dans tout entretien qualitatif. Nous anticipons un écart potentiel entre ce qui a été dit en entrevue et ce qui a été fait dans le contexte de la pratique. Le fait que la chercheuse soit elle-même dans le domaine du travail social exposait à une augmentation du risque lié à la désirabilité sociale. Nous pensons, par exemple, au fait que les participants ont pu se sentir « obligés » d'harmoniser leurs réponses avec certains principes ou valeurs communément véhiculés par la profession. D'un autre côté, cette proximité chercheuse/participants a pu aussi être bénéfique puisque comme l'écrit Deslauriers (1991): « Le fait de partager une certaine culture permettrait de mieux la comprendre et de la décrire plus justement, précisément parce qu'on la connaît ». Quant à la limite de portée liée au nombre de participants, nous croyons utile de rappeler qu'il s'agissait d'une démarche compréhensive dont les résultats exprimaient le point de vue des travailleurs sociaux qui exercent au sein du programme PPALV du CSSS de la Montagne. Ces points de vue ne sont le reflet que d'une réalité observée à partir du regard propre de la chercheuse, filtré par le cadre conceptuel de l'étude, soit le paradigme de l'individualisme méthodologique de Boudon. Enfin, il est à noter qu'afin

de ne pas alourdir le texte, les abréviations TS1, TS2... ont été choisies comme façon d'identifier les participants.

Description des résultats

Principaux paramètres influençant le jugement des travailleurs sociaux

La charge de travail et le manque de ressources

En ce qui concerne les contraintes institutionnelles, l'élément qui a été relevé par plusieurs comme un facteur défavorable à la prise de décision éthique est sans contredit le manque de temps dû à l'importance de la charge de travail. En effet, TS2, TS3 et TS4 ont exprimé leur frustration sur le fait de ne pas avoir suffisamment de temps pour bien évaluer la situation. TS3 a notamment dit qu'il ressentait certaines pressions ou tensions avec l'administration, du fait que celle-ci avait parfois une idée très vague de la quantité de travail nécessaire à l'évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'un régime de protection et ignorait la complexité de certains cas. Quant à TS4, il a mentionné que tenter de trouver des alternatives à l'ouverture d'un régime de protection nécessitait des démarches supplémentaires qui prennent du temps pour le travailleur social et que la « pression des *case load* », selon son expression, obligeait le travailleur social à procéder.

« Est-ce que tu fais vivre à la personne des moments de perte de pouvoir, alors que tu sais qu'avec un bon encadrement on peut attendre avant d'arriver à ça ou t'as tellement de clients, t'as tellement de demandes que tu te dois de faire ça pour passer à l'autre ? Tu te dois de faire ça, parce que dans une institution, on te demande beaucoup et t'as pas de choix de le faire. » TS4

Le manque de ressources, notamment en matière de services auxiliaires, a également été énoncé par TS5 comme une contrainte organisationnelle ayant une influence importante sur la décision éthique, en ce sens que la difficulté à offrir des services rend parfois le maintien à domicile très risqué aux yeux du travailleur social. D'ailleurs, le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été évoqué à plusieurs reprises. Pour Sonntag (1995, cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006), le manque de

ressources dans les services de maintien à domicile serait également lié à l'adoption de solutions inappropriées ou non sécuritaires (cité dans Beaulieu et Leclerc, 2006). D'ailleurs, le *Code de déontologie* de l'OTSTCFQ mentionne à l'article 3.01.05 que « [le] travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client. »

La reconnaissance de l'expertise professionnelle

En plus de se traduire par une pression pour prendre des décisions rapidement, le manque de ressources risque de mener à un manque de formation et de connaissances des enjeux éthiques reliés à la détermination de l'inaptitude. Un manque de soutien clinique et professionnel et de lieux où mener des discussions éthiques risque également d'aboutir à une diminution de la capacité du travailleur social à réfléchir rigoureusement à sa pratique et à tenter de la conceptualiser. Le contexte organisationnel peut donc avoir un impact sur l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, notamment par le fait qu'il contribue à en faire une pratique plus ou moins autonome (Fortin, 2003, cité dans Beaulieu et Giasson, 2005). L'impression d'avoir de la difficulté pour le travailleur social à faire reconnaître son expertise a d'ailleurs été vécue très difficilement par TS2 et TS3. Dans les deux cas, l'expertise médicale a été priorisée par l'administration au détriment de celle du travailleur social. En s'intéressant à la rivalité travailleurs sociaux/médecins, Landau (2009) rapporte qu'en effet, il y aurait souvent au sein de l'équipe interdisciplinaire une vision médiocre des interventions des travailleurs sociaux contrairement à celles des médecins, ce qui contribuerait à réduire l'influence des travailleurs sociaux sur le processus de prise de décision éthique.

Beaulieu et Giasson (2005) rapportent qu'un faible degré d'autonomie professionnelle, se traduisant par l'impression de subir de la pression de la part de ses pairs, de l'organisation, de l'entourage ou encore de la société, serait associé à des sentiments négatifs tels que la peur, l'impuissance, le déni, le retrait, le stress

et, de ce fait, à un accroissement du risque d'épuisement.

« Je suis pas allé rappeler le gériatre. Je pourrais le faire tsé mais je me dis : est-ce que ça vaut vraiment la peine? Est-ce que je vais confronter un gériatre... J'étais un petit peu surpris mais en même temps, c'est ça. C'est quand même [un client] qui est des fois complètement absent. De plus, comme il s'agit d'une homologation de mandat en cas d'inaptitude... » (TS6)

Pourtant, selon Landau (2009), les travailleurs sociaux peuvent eux-mêmes contribuer à majorer l'impact qu'ils ont dans le processus de décision éthique en informant mieux les autres professionnels de leur rôle spécifique et en mettant plus d'efforts dans le développement de leurs relations avec ceux-ci, notamment avec les médecins. Aussi, les travailleurs sociaux doivent prendre l'initiative en regard de leur propre prise de pouvoir dans le processus de décision éthique en éduquant leurs collègues sur la spécificité de leur rôle, notamment de représentation et de défense des droits (« advocacy »). Afin d'acquérir plus de pouvoir et d'être reconnus comme des partenaires égaux dans le processus de décision, les travailleurs sociaux doivent être mieux équipés pour communiquer avec les représentants des autres professions de la santé (Landau, 2009).

La formation liée à l'ouverture de régimes de protection

Majorer l'impact des travailleurs sociaux dans le processus de décision passe certainement par la formation. À cet égard, TS3, TS4, TS6 et TS7 nous ont parlé avec beaucoup d'enthousiasme des formations tenues par l'OTSTCFQ sur l'ouverture de régimes de protection. TS1 et TS2 se sont, pour leur part, plaints du manque de formation reçue concernant les régimes de protection, notamment concernant le cadre juridique, ce qui rendrait certaines décisions plus difficiles à prendre. L'essentiel de l'information reçue, confiait TS1, venait des supervisions cliniques et de documents écrits. Quant à TS2, il aurait aimé apprendre à partir d'exemples concrets. TS5 a exprimé son désir et celui de ses collègues de recevoir une formation pour leur faciliter la rédaction des rapports d'évaluation psychosociale pour l'ouverture de régimes de protection :

« ...pour les dossiers de la curatelle, parce que chaque TS comprenait à sa manière les choses [...], parce que quand même, on a l'avenir de quelqu'un entre nos mains. On veut être le plus juste possible. Alors c'était plus au niveau éthique [...]. Il ne faut pas que ce soit sujet à interprétation et que ça pénalise la personne. » TS5

Le soutien à la prise de décision éthique

Presque tous les travailleurs sociaux (TS1, TS2, TS4, TS5) ont souligné la lourdeur éprouvée quant à la responsabilité qui leur incombe de devoir se prononcer sur l'inaptitude du client. Certains (TS1, TS3, TS6) ont exprimé leur malaise sur le fait de ne pas avoir l'impression de suffisamment connaître le client pour prendre une telle décision. D'autres (TS1, TS2, TS5) ont également insisté sur la difficulté à gérer le sentiment de trahison éprouvé envers le client. C'est notamment ce que nous dit TS2 qui, malgré la conviction qu'il a le devoir de protéger le client, éprouve le sentiment de travailler contre ce dernier : « [Le client] ne voulait pas. Il veut garder sa liberté, il ne se trouve pas inapte. Donc, là tu te bats un peu contre lui. Tu sais, éthiquement c'est difficile puis, émotionnellement là. (TS2) ». À ce sujet, le *Code de déontologie* des membres de l'OTSTCFQ nous dit que : « Le travailleur social fait tout en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin notamment, le travailleur social [...] respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client (article 3.01.04). » Ces malaises exprimés par les travailleurs sociaux interrogés sur la prise de décision liée à l'évaluation de l'inaptitude n'est vital, que les travailleurs sociaux soient suffisamment appuyés dans leurs décisions.

Le fait d'échanger avec les collègues et de participer à des groupes de pairs a été mentionné par TS1, TS3 et TS5 comme étant un soutien significatif à la prise de décision. TS5 souligne le fait que ces échanges lui permettent d'avoir d'autres points de vue, de prendre du recul, d'échanger, d'avoir un autre regard sur la situation, d'autres conceptions, de créer une certaine émulation. Il nous parle également du fait que ces échanges permettent de se déculpabiliser et de valider ses perceptions, de confirmer qu'on est dans la bonne direction.

Presque tous les travailleurs sociaux interrogés (TS2, TS3, TS4, TS5 et TS6) ont mentionné l'apport positif dans la prise de décision de la supervision clinique par une travailleuse sociale autrefois clinicienne et dont le rôle n'est aucunement administratif. D'ailleurs, plusieurs (TS2, TS3 et TS6) ont abordé les différences entre le fait d'avoir une supervision avec la superviseuse clinique et un superviseur chef de programme. TS6 mentionne notamment que, du fait de ses fonctions, le chef de programme est un peu moins disponible. D'autres, dont TS2 et TS3, ont parlé du fait qu'ils se sentaient plus à l'aise à partager leurs dilemmes éthiques avec la superviseuse clinique justement parce qu'il n'y avait aucune emprise administrative de la part de celle-ci. TS5 a cependant amené l'idée que les deux types de supervision se complétaient : la supervision avec un chef de programme orientant davantage le travailleur social sur les limites organisationnelles (les limites de l'institution), alors que la supervision clinique serait davantage axée sur la technique et les connaissances, notamment concernant le cadre juridique (le savoir-être et le savoir).

Le fait d'avoir recours en consultation à l'équipe de psychogériatrie du CLSC Métro pour que celle-ci évalue le degré d'inaptitude du client est également ressorti comme un élément central en ce qui concerne le soutien à la prise de décision éthique (mentionné par TS1, TS2, TS3, TS4 et TS6).

D'autres (TS2, TS3 et TS6) ont aussi souligné que le fait d'appeler un intervenant du Curateur public du Québec est une façon d'obtenir un certain soutien à la prise de décision éthique.

Bien qu'exceptionnelles, les consultations avec l'avocate et l'éthicien du CSSS ont également été mentionnées comme étant l'un des éléments possibles (mentionné par TS2, TS3, TS5, TS7) de soutien à la prise de décision. Selon TS5, ce type de consultation est effectué de façon indirecte par l'administration et survient lorsqu'il s'agit de situations délicates et que l'institution est obligée de donner au travailleur social des précisions pour qu'il puisse intervenir adéquatement ou encore lorsqu'il s'agit de préciser le cadre juridique afin que celui-ci puisse savoir dans quelle optique il doit rédiger son évaluation. TS3 et TS7 ont d'ailleurs

déploré le manque d'accessibilité des travailleurs sociaux aux services de consultation avec l'éthicien ou l'avocat.

Discussion

Les témoignages recueillis illustrent combien il peut être difficile et éprouvant pour le travailleur social de devoir se positionner dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. En lien avec la prise de décision, nous aimerions souligner que, bien que la plupart du temps le travailleur social soit désigné par le directeur général ou le directeur des services professionnels de son établissement pour produire l'évaluation psychosociale, nous comprenons que la décision finale concernant la détermination de l'inaptitude ne découle pas uniquement de l'expertise du travailleur social. Cependant, nos données nous ont démontré que ce dernier doit néanmoins décider de son propre positionnement sur la décision à prendre. Celui-ci influencera certainement la façon dont sera orienté un dossier. En effet, cette prise de position déterminera la façon dont il présentera son évaluation aux autres membres de l'équipe, qu'ils soient collègues, superviseurs cliniques ou supérieurs, et les arguments ou les faits qu'il utilisera pour justifier ses recommandations. En effet, rappelons que Raymond Boudon affirme que, bien que l'action individuelle soit soumise à des contraintes sociales, cela n'implique pas que ces dernières déterminent l'action individuelle. De plus, ce n'est qu'en référence aux intentions et aux projets d'acteurs que les notions de contrainte et de structure sociale prennent leur sens. Le positionnement du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude doit donc être analysé comme l'effet émergent résultant de l'agrégation de comportements individuels. C'est dans cette perspective que nous avons tenté d'analyser les rationalités de chacun des acteurs impliqués dans les situations décrites par les travailleurs sociaux interrogés, et ce, afin de saisir leurs « effets de composition », c'est-à-dire la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social (Boudon, 2004). Ce cadre analytique et conceptuel permet d'aborder l'éthique comme la résultante des rapports sociaux qui structurent l'espace d'action de l'acteur ou,

autrement dit, « la configuration ou la constellation spécifique d'une pratique normative » (López, 2009).

Bien que chaque schème d'entretien soit spécifique, nous avons pu dégager de nos résultats quelques grands thèmes liés aux dilemmes rencontrés dans ce contexte. Ainsi, il apparaît que le fait de se rallier à l'évaluation médicale, généralement en faveur de la protection du client, soit perçu, dans certains cas, par les travailleurs sociaux comme une façon d'éviter de multiplier les interventions. Cette logique s'inscrit dans un contexte organisationnel où la charge de travail imposée est souvent perçue comme lourde et limitante en ce qui concerne les interventions possibles. Le fait de procéder à l'évaluation de l'inaptitude en vue de faciliter le processus d'hébergement a d'ailleurs été évoqué à plusieurs reprises. L'enjeu de la reconnaissance de l'expertise du travailleur social dans ce contexte est ressorti comme un élément central de la prise de décision éthique. En effet, les thèmes de la confrontation entre l'opinion médicale et celle du travailleur social ainsi que les pressions exercées par l'administration ont été mis en relief, à quelques reprises, comme des éléments importants dans le processus de prise de décision. Enfin, la lourdeur de la responsabilité ressentie au sujet de la prise de décision dans le contexte de l'évaluation de l'inaptitude a également été exprimée par les travailleurs sociaux interrogés à maintes reprises.

Recommandations

À cet effet, Bourgeault (2003) parle de la nécessité pour les travailleurs sociaux d'appriivoiser l'incertitude et d'apprendre à la reconnaître et à la tolérer. En effet, puisqu'il est impossible pour le travailleur social de savoir avant d'agir ce qu'il serait souhaitable de savoir pour agir de façon responsable, celui-ci n'a d'autre choix que d'accepter d'agir dans l'incertitude. Comme toute intervention s'inscrit dans un jeu infiniment complexe d'interactions multiples entre acteurs et actants menant nécessairement l'intervention dans des directions non voulues ou non prévues, il est nécessaire que le travailleur social développe sa capacité d'adaptation pour composer avec l'incertitude. Bourgeault plaide également pour la reconnaissance et la tolérance de l'ambiguïté, lieu naturel de

l'éthique et caractéristique intrinsèque de l'intervention sociale.

Nous recommandons aux travailleurs sociaux de ne pas seulement se concentrer sur les principes éthiques engagés dans la situation qui pose problème, mais également de considérer et de tenter de comprendre les différents points de vue adoptés par les acteurs impliqués (Kadushin et Egan, 2001). Les discussions de cas en équipe multidisciplinaire et les rencontres avec les clients et leur entourage, lorsque c'est possible, représentent, nous semble-t-il, un bon moyen pour ces derniers de comprendre la perspective des différents acteurs impliqués.

Au regard de nos résultats, l'accès à un membre du Curateur public pour les travailleurs sociaux nous apparaît également essentiel. En effet, ces derniers doivent également accéder facilement à ce que pourrait être dans une situation donnée la position du Curateur, et ce, afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des situations qui posent problème au niveau éthique. Le fait de faciliter l'accès à l'éthicien du CSSS et à la conseillère juridique est également ressorti comme un souhait des travailleurs sociaux interrogés. Cela pourrait se faire notamment en informant ces professionnels du rôle des travailleurs sociaux et des modalités de ce type de consultation. L'importance d'avoir accès à de la formation sur les éléments bio-psycho-sociaux et juridiques entourant l'inaptitude et l'ouverture des régimes de protection est aussi soulignée comme un élément primordial pour les travailleurs sociaux. Enfin, l'accès à l'équipe de psychogériatrie du CSSS et à la conseillère clinique a été majoritairement mentionné comme un élément central à la prise de décision dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur.

En ce qui concerne la supervision faite auprès des travailleurs sociaux, Kadushin et Egan (2001) soutiennent que celle-ci devrait être axée non seulement sur la compréhension des principes impliqués dans les situations qui leur sont soumises, mais également sur l'analyse des intérêts des différents acteurs impliqués. Selon nos résultats, il apparaît également que le superviseur clinique devrait garder une certaine autonomie concernant les décisions

administratives, et ce, afin que les questionnements des travailleurs sociaux soient exprimés de façon libre et honnête.

Une autre façon pour les travailleurs sociaux de parvenir à mieux défendre leurs prises de position vis-à-vis d'autres intervenants est certainement la participation à des groupes de pairs. Ceux-ci peuvent prendre la forme de groupes de consultation où les travailleurs sociaux ont l'opportunité d'exposer leurs dilemmes à des pairs afin de leur permettre de s'entraîner à la résolution et à la prise de décision. Ces groupes peuvent également offrir un lieu où il est possible d'explorer un dilemme en toute sérénité et de construire une argumentation solide et affirmée. Le travailleur social qui aura à débattre de la situation avec d'autres professionnels ou d'autres membres de l'administration serait mieux préparé pour faire valoir son point de vue.

Ces groupes permettraient donc d'adopter un modèle plus collaboratif de prise de décision visant à diminuer la pression sur les travailleurs sociaux et, dans certains cas, à contribuer à changer le rapport de pouvoir lorsque survient, par exemple, un désaccord avec le médecin. En effet, une prise de décision en équipe contribuerait à faire en sorte qu'il ne s'agisse pas de la position d'un travailleur social seul contre celle d'un médecin, mais de celle d'une équipe multidisciplinaire. À ce titre, le modèle collaboratif de Lacroix et Létourneau (2000) pourrait représenter une façon de résoudre en équipe ce type de désaccord. Par le biais notamment du dialogue, ce modèle d'intervention de type collaboratif contribue à l'élaboration de repères structurels fiables et consistants pour le développement de l'éthique en tant que compétence professionnelle. Il ne vise en aucun cas la détermination de standards de comportement pour les intervenants ou les consultants ou l'uniformisation des types d'intervention (Lacroix et Létourneau, 2000).

Pour clore, nous aimerions revenir brièvement sur notre cadre conceptuel. L'individualisme méthodologique nous a permis de reconstituer les représentations des travailleurs sociaux et de relever des éléments contextuels qui définissent en propre la singularité du processus de positionnement éthique dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le

cadre des régimes de protection. Nous aimerions souligner l'intérêt de ce paradigme pour la pratique en tant que telle. L'individualisme méthodologique présente certainement un intérêt pour les travailleurs sociaux en ce qui concerne leur processus de positionnement. En effet, la démarche d'analyse qui caractérise ce paradigme permet à ces derniers de recueillir toutes les informations permettant de bien cerner les « bonnes raisons » expliquant les attitudes et les comportements des différents acteurs impliqués (clients, administrateurs, autres professionnels, etc.). En mettant en évidence les « bonnes raisons » qui motivent leurs actions, les travailleurs sociaux parviendront à mieux les comprendre étant donné leur passé et la situation dans laquelle ils se trouvent à un moment donné (Assogba, 1999).

Descripteurs :

Incapacité - Droit // Régime de protection //
Délibération éthique // Travailleurs sociaux -
Aspect moral // Personnes âgées en perte
d'autonomie

Capacity and disability // Protective supervision //
Ethical deliberation // Social workers - Moral and
ethical aspects // Older people with disabilities

Références

- Assogba, Y. (1999). *Sociologie de Raymond Boudon. Essai de synthèse et applications de l'individualisme méthodologique*. Québec/Paris : Presses de l'Université Laval (PUL) et L'Harmattan.
- Beaulieu, M., et Giasson, M. (2005). L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités, *Nouvelles pratiques sociales*, 18 (1), 131-147.
- Beaulieu, M., & Leclerc, N. (2006). Ethical and Psychosocial Issues Raised by the Practice in Cases of Mistreatment of Older Adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3), 161-186.
- Bélanger, J., et Beaulieu, M. (2006). L'évaluation clinique de l'inaptitude : des travailleurs sociaux et des médecins commentent le travail de l'autre et leurs espaces de rencontre, *Intervention*, 124, 61-70.
- Boudons, R. (2004). *Quelle théorie du comportement pour les sciences sociales?* Nanterre : Société d'ethnologie.
- Bourgeault, G. (2003). Si la vie ne va jamais sans risque... jalons pour une éthique de l'intervention sociale et de la protection, *Intervention*, 119, 6-14.

- Bussière Y., Thouez, J.-P., et Carrière, J. (2006). Le vieillissement de la population : une nouvelle spécificité québécoise, dans Yves Bussière et al. *Atlas du vieillissement et des déséquilibres démographiques régionaux au Québec 2001 - 2021 - 2041*. INRS — Urbanisation, Culture et Société.
- Code civil du Québec, LRQ, c C (1991). <http://canlii.ca/t/694dn>.
- Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Consulté le 15 décembre 2013 à partir de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM
- Couturier, Y., Beaudry, M., Beaulieu, M., et Philips-Nootens, S. (2006). Le travail social dans le processus interprofessionnel de détermination de l'inaptitude de la personne âgée, *Intervention*, 124, 52-60.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative*. Guide pratique. Coll. THEMA, McGraw-Hill Éditeurs.
- Deslauriers, J.-P., et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 85-111. Boucherville : Gaétan Morin.
- Doyle, O., Miller, S. E., & Mirza, F. Y. (2009). Ethical decision-making in Social Work: Exploring personal and professional values, *Journal of Social Work Values and Ethics*, 6 (1).
- Guay, H. (2002), *Le consentement aux soins et à l'hébergement : quand les tribunaux s'en mêlent*. Texte d'une conférence prononcée à l'occasion du Colloque L'exploitation des personnes âgées, offert par le Barreau du Québec, le 1^{er} novembre 2002, http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/consentement.php.
- Geneau, D. (2005), Évaluation de l'inaptitude, *La revue Sécurité-Prévention de l'ASSTAS*, 28 (4), 20-21.
- Healy, T. (1998). The Complexity of Everyday Ethics in Home Health Care, *Social Work in Health Care*, 27 (4), 19-37.
- Healy, T. (2003). Ethical decision making: Pressure and uncertainty as complicating factors, *Health & Social Work*, 28 (4), 293-301.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2001). Ethical Dilemmas in Home Health Care : A Social Work Perspective, *Health & Social Work*, 136-149.
- Lacroix, A., et Létourneau A. (2000). *Méthodes et interventions en éthique appliquée*. Les Éditions Fides.
- Landau, R. (2009). Ethical Dilemmas in General Hospitals, *Social Work in Health Care*, 32 (2), 75-92.
- Lavallée, D. (2007). *Le rôle du Curateur public en matière de gestion des patrimoines*. Colloque de l'Association de planification fiscale et financière. Gestion et transfert de la richesse, quels sont les outils offerts par la fiscalité? Curateur public du Québec, http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/allocation_colloq_ass_plan_fisc.pdf.
- Linzer, N. (2002). An ethical dilemma in home care, *Journal of Gerontological Social Work*, 37(2), 23-34.
- López, J. J. (2009). Par-delà l'éthique : vers une sociologie des pratiques éthiques contemporaines, *Cahiers de recherche sociologique*, 48, 27-44.
- Mayer, R., et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue, dans R. Mayer et F. Ouellet (Éds.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* : 115-133. Boucherville : Gaétan Morin.
- McDermott, S. (2010). Professional judgements of risk and capacity in situations of self-neglect among older people, *Ageing & Society*, 30, 1055-1072.
- Pauzé, M., et Gautier, L. (2009). Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte, *Intervention*, 131, 98-107.
- Payeur, F. F., et Girard, C. (2013). *Portrait démographique du Québec et du Canada : évolution convergente, divergente ou parallèle? Données sociodémographiques en bref*. Institut de la statistique du Québec. Vol. 17, no 3. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2013/sociodemoenbref_juin13.pdf.
- Perrenoud, P. (1998). Les limites de l'individualisme méthodologique. À propos des effets pervers et ordre social de Raymond Boudon, *Revue française de sociologie*, 19 (3), 442-454.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 173-209. Boucherville : Gaétan Morin.
- Smith, R. (2010). *Social Work, Risk, Power, Sociological Research Online*, 15 (1)4, <http://www.socresonline.org.uk/15/1/4.html>.

L'éducation par l'aventure comme outil de transformation du lien social

par

Christiane Bergeron-Leclerc, Ph. D.

Professeure

Université du Québec à Chicoutimi

Courriel : christiane_bergeron-leclerc@uqac.ca

Virginie Gargano, M.A.

École de service social

Université Laval

Maude Dessureault-Pelletier

Étudiante à la maîtrise en travail social

Université du Québec à Chicoutimi

Christian Mercure, M.A.

Facilitateur senior

Coopérative de solidarité INAQ

Mario Bilodeau, Ed. D.

Professeur retraité

Département des Sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Évaluation du programme *Passion plein air* s'adressant aux élèves avec difficultés d'apprentissage ou d'adaptation d'une école secondaire de Québec. Accent mis sur l'analyse des relations entre les élèves ou entre élèves et enseignants.

Evaluation of the program "Passion plein air" directed to the students with learning disabilities or adaptation problems in a Quebec City high school. More attention is put on the analysis of the peer relationships and the student-teacher relationships.

L'idée que nature et aventure puissent être intégrées dans une démarche éducative n'est pas nouvelle. En effet, certains penseurs et philosophes utilisaient, à leur époque respective, une approche éducative ancrée en milieu naturel

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 63-74.

et basée sur une manière de faire, l'expérience (Raiola et O'Keefe, 1999). Aujourd'hui, cette approche qui consiste à exposer des individus à des défis qui constituent des opportunités de croissance personnelle est nommée éducation par l'aventure (Priest et Gass, 1997). Si, depuis une cinquantaine d'années, un bon nombre de programmes éducatifs ont vu le jour dans les milieux anglo-saxons, cette approche constitue pour le Québec (Canada) une avenue émergente. En effet, dans une étude portant sur l'éducation par l'aventure dans le milieu scolaire québécois, Mercure (2009) n'est parvenu, à l'époque, à dénombrer qu'une vingtaine d'initiatives du genre. Parmi celles-ci se retrouve le projet *Passion Plein Air* (projet PPA) ayant été mis en place au sein d'une école secondaire alternative de la région de Québec¹. Ce projet, qui consiste à incorporer au programme scolaire des activités d'éducation par l'aventure, a été développé afin d'accroître la motivation et la persévérance scolaire des élèves fréquentant cette école. L'édition 2005-2006 dont il est question dans cet article a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)², à l'expertise et au soutien logistique de la Coopérative de solidarité Intervention par la nature et l'aventure Québec (Coopérative INAQ)³ et enfin au soutien scientifique de l'UQAC, par l'implication des deux professeurs-chercheurs responsables de l'étude. Accompagnant la mise en place de ce projet d'éducation par l'aventure, une recherche évaluative a été réalisée au cours de la même période dans l'optique d'en évaluer les retombées tant pour les élèves que pour les enseignants et les professionnels responsables. Le présent article vise à faire une synthèse des principaux résultats émergeant du discours des acteurs ayant pris part au projet au regard des liens sociaux créés en cours de projet. À cet effet, un bref survol des écrits sur la question des programmes d'éducation par l'aventure sera effectué. Puis, le programme étudié et la méthodologie de l'étude seront détaillés. Les

résultats des entrevues réalisées seront ensuite présentés, puis discutés, avant de conclure par une synthèse des enjeux associés à ce type de programme.

État des connaissances : le développement et les effets de l'éducation par l'aventure

La majorité des programmes d'éducation par l'aventure qui bénéficient d'une notoriété a été développée dans les milieux anglo-saxons.

En effet, l'émergence de tels programmes a été rendue possible grâce au développement d'organisations spécialisées dans la formation et le développement de programmes d'éducation et d'intervention par l'aventure (ex. *Outward Bound* et *National Outdoor Leadership School*) et d'associations ou de regroupements de professionnels qui œuvrent dans le domaine (ex. Association for Experiential Education et Therapeutic Adventure Professional Group). Au Québec, le développement du champ de l'éducation et de l'intervention par l'aventure est notamment lié à la création du programme de baccalauréat en intervention plein air de l'UQAC et à l'un des cofondateurs, Mario Bilodeau. En effet, convaincu de cette approche, ce dernier, tout en favorisant la mise sur pied de ce programme universitaire, a permis l'émergence de deux organisations qui sont maintenant des leaders provinciaux et nationaux en matière de programmation d'aventure à visées thérapeutiques : la Fondation sur la pointe des pieds⁴ et la Coopérative INAQ.

Malgré l'hétérogénéité des structures et du fonctionnement des programmes existants au Québec ou ailleurs dans le monde, il est possible de dire que le développement du champ de l'éducation par l'aventure a suivi, jusqu'à présent, deux axes principaux : l'axe pédagogique, menant au développement de programmes visant l'acquisition de connaissances et de compétences scolaires (notamment dans le domaine des sciences et des mathématiques); et l'axe développemental, conduisant à la mise en place de programmes visant l'acquisition d'attitudes et d'aptitudes personnelles et sociales (Gargano, 2010). Parallèlement à l'émergence et à l'expansion des programmes à visée développementale, un nombre croissant d'études attestant de leur efficacité ont été publiées ces 25 dernières années. Ces

recherches ont été réalisées auprès de populations aussi diversifiées que les adolescents ayant des conduites délinquantes (Davis-Berman et Berman, 1999; Wilson et Lipsey, 2000) ou les personnes ayant des incapacités physiques ou psychiatriques (Norton, 2007; McAvoy et Lais, 1999). Ces études, qui privilégient tant l'utilisation de méthodologies qualitatives que quantitatives, permettent un éclairage sur les effets tant personnels que sociaux de ces programmes éducatifs. En raison de la population visée dans le cadre de cette étude, seules celles réalisées auprès d'adolescents ou de jeunes adultes ont été retenues. Les effets de ces 15 études peuvent être regroupés autour de quatre thèmes : le concept de soi, la personnalité, le leadership et les relations sociales.

Le premier constat qui se dégage de notre synthèse démontre que les programmes d'éducation par l'aventure ont un effet indéniable sur le concept de soi. Des 15 études recensées ici, 12 font valoir l'impact des programmes éducatifs à cet égard. D'une part, un certain nombre d'études indiquent que les programmes éducatifs ont pour effet d'améliorer la conscience que les participants ont de leurs capacités et de leurs limites personnelles (Goldenberg et Pronsolino, 2008; Holman, Goldenberg, McAvoy et Rynders, 2003; Martin et Leberman, 2005; Sibthorp, 2003). D'autres études soulignent l'apport des programmes sur l'augmentation du sentiment de compétence ou, autrement dit, du sentiment d'efficacité personnelle (Harrison et McGuire, 2006; Hatch et McCarthy, 2005; Stott et Hall, 2003). Ainsi, au-delà d'une plus grande connaissance personnelle, la participation à des activités et des défis d'aventure entraîne une perception plus positive de soi, ce qui n'est pas sans effets sur le désir de se dépasser. Enfin, plusieurs études laissent entrevoir que les participants en ressortent avec une plus grande confiance ou estime de soi (Davidson, 2001; Dismore et Bailey, 2005; Long, 2001; Martin et Leberman, 2005; Stott et Hall, 2003).

Les études consultées ici font foi d'autres effets personnels associés à la participation à ces programmes. Cependant, contrairement au concept de soi, ces effets sont moins constants dans les études. D'abord, quelques études ont souligné l'impact de ces programmes sur le

développement de la personnalité : nous pensons notamment à la motivation et au contrôle interne (Harrison et McGuire, 2006; Stott et Hall, 2003). Ces résultats donnent à penser que la participation à ces programmes a un impact sur la responsabilisation, l'autodétermination et le pouvoir personnel. De plus, ils confirment les impacts observés sur le sentiment de compétence personnelle et l'estime de soi : ces composantes étant préalables tant en ce qui a trait à l'augmentation du contrôle de soi qu'à la motivation personnelle. D'autre part, certaines études ont témoigné de l'efficacité des programmes éducatifs sur le développement du leadership (Breunig et al., 2008; Sibthorp, 2003).

Au-delà des effets personnels, nombreuses sont les études qui évoquent l'impact des programmes éducatifs sur les relations sociales. Alors que quelques recherches soulignent la contribution de ces programmes sur le développement d'habiletés sociales (Sibthorp, 2003; Stott et Hall, 2003), la plupart d'entre elles mettent en relief une augmentation des interactions sociales dans ce type de projet. En effet, plusieurs études démontrent que les programmes éducatifs sont propices au développement de liens d'amitié et du soutien entre pairs (Davidson, 2001; Goldenberg et Pronsolino, 2008; Holman et al., 2003). Le développement d'un sentiment de communauté et de la cohésion de groupe a également été constaté dans quelques projets (Breunig et al., 2008; Hatch et McCarthy, 2005; Long, 2001). Enfin, le dernier effet observé dans cette catégorie concerne l'impact des programmes éducatifs sur l'augmentation de la capacité à travailler en équipe (Dismore et Bailey, 2005; Fisher et Attah, 2001; Garst, Schneider et Baker, 2001; Martin et Leberman, 2005).

Ces résultats doivent cependant être interprétés à la lumière de certaines limites propres au champ d'étude des programmes d'éducation par l'aventure. La première est liée au type de programme évalué et, de façon plus spécifique, à l'hétérogénéité des programmes. Ainsi, les 15 études recensées concernent 15 programmes ayant des objectifs, des structures et des modes de fonctionnement différents. Entre autres, on observe une grande variabilité relative à la durée des programmes, au type d'activités proposées et aux populations visées. D'autre

part, dans la plupart de ces études, les programmes éducatifs mis en place sont peu décrits. En l'absence d'information spécifique à cet égard, il est difficile de savoir si l'on compare des programmes de même nature ou non. Cette difficulté de comparaison des études réalisées est amplifiée par des motifs d'ordre méthodologique. Autant il y a de programmes, autant il y a de façon d'en évaluer les retombées. En effet, parmi ces études, nous en retrouvons une panoplie ayant des caractéristiques méthodologiques très variées. On retrouve principalement deux types d'études : quantitatives de type pré-post et qualitatives mesurant les effets perçus. Enfin, parmi ces 15 études, aucune n'a été réalisée au Québec. En effet, malgré un nombre croissant de programmes mis sur pied au Québec, peu ont fait l'objet d'études visant à documenter leur efficacité. À notre connaissance, le Québec ne compte que quelques études dont les résultats ont été publiés dans le cadre de mémoires de maîtrise (Gargano, 2010; Mercure, 2009) ou encore d'articles scientifiques (Bergeron-Leclerc, Mercure, Gargano, Bilodeau et Dessureault-Pelletier, 2012; Gargano et Bergeron-Leclerc, 2012). Notre étude a donc été réalisée dans l'optique de pallier ce manque de connaissance sur l'efficacité des programmes québécois d'éducation par l'aventure. Plus spécifiquement, elle a été élaborée afin d'évaluer les retombées du projet, tant pour les élèves ayant participé, que pour les enseignants et les professionnels ayant contribué à sa mise en œuvre.

Le programme éducatif mis en place à l'École secondaire alternative

Le programme d'éducation par l'aventure développé à l'École secondaire alternative avait pour objectif spécifique de susciter la motivation et la persévérance scolaire d'élèves vivant des difficultés d'apprentissage et d'adaptation et de diminuer ainsi leur taux d'absentéisme scolaire. Comme nous l'avons mentionné en introduction, le projet PPA est issu d'un partenariat entre différentes instances, dont la Coopérative INAQ. De façon plus spécifique, les membres de cette coopérative ont collaboré de trois façons à l'implantation et à la mise en œuvre du projet : en formant l'équipe d'enseignants et de professionnels de l'école à l'égard

de la philosophie et des principes directeurs de l'éducation et de l'aventure; en soutenant le développement de la planification des activités d'aventure; et en menant les deux expéditions principales organisées au cours de l'année scolaire.

Le programme éducatif mis en place s'est étalé sur 26 semaines, soit du mois d'octobre 2005 au mois de juin 2006 (voir Bergeron-Leclerc et al., 2012, pour le canevas détaillé du programme). Durant ces semaines, deux types d'activités ont été proposées : les activités hebdomadaires du vendredi et les expéditions d'aventure en région éloignée⁵. C'est ainsi que, chaque vendredi, des activités sportives et de plein air ont été réalisées sous la responsabilité de l'équipe d'enseignants et de professionnels. Ces activités duraient de trois à six heures selon le type. Au nombre des activités proposées, notons : des ateliers de survie en forêt, de la randonnée en raquettes, du ski de fond et de la spéléologie. Puis, à deux moments dans l'année (février et juin), des expéditions de deux à quatre jours ont été organisées. La première a permis aux élèves d'expérimenter le camping d'hiver de même que des activités d'aventure hivernales, alors que la deuxième, réalisée au cours de la période estivale, était une combinaison de randonnée pédestre et de descente d'une rivière en canot.

Méthodologie de la recherche

La procédure utilisée

Cette étude évaluative a été réalisée afin de mesurer les retombées du projet PPA, un programme d'éducation par l'aventure mis en place auprès d'une population adolescente fréquentant l'École secondaire alternative⁶. Les méthodes qualitatives ont majoritairement été privilégiées dans le cadre de cette recherche évaluative, en raison de l'absence d'un cadre logique concernant le programme évalué et de la nature évolutive du programme mis en œuvre, selon les conditions météorologiques, la disponibilité de certains équipements et le calendrier scolaire (Turcotte, Dufour et St-Jacques, 2009). Ayant pour cadre de référence le modèle bioécologique (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1996; Drapeau, 2008), cette étude visait l'atteinte de deux objectifs principaux : déterminer à quel point la parti-

cipation au projet PPA a eu un impact sur le taux d'absentéisme des élèves⁷ et connaître la perception des élèves, des enseignants et des professionnels à l'égard des effets individuels, familiaux, scolaires et sociaux du projet PPA. Cet article porte sur ce deuxième volet de l'étude, et de façon plus pointue, sur l'analyse des interactions sociales qui découlent de la participation au projet PPA.

Afin de recueillir le point de vue des élèves, des enseignants et des professionnels à l'égard des effets perçus du programme, des entrevues semi-dirigées (individuelles et de groupes) ont été réalisées auprès de l'ensemble des acteurs (élèves, enseignants et professionnels responsables) impliqués dans le projet. Deux vagues d'entrevues ont été effectuées par les deux chercheurs responsables : une première avant l'expédition hivernale et une seconde avant l'expédition estivale. Les entrevues ont été enregistrées et ont fait l'objet d'une transcription intégrale. Le matériel a ensuite été analysé à l'aide du logiciel N'Vivo (version 8.0) (QSR International, 2008) selon les étapes suggérées par Mayer et Deslauriers (2000), c'est-à-dire la préparation du matériel, la pré-analyse, l'exploitation du matériel, ainsi que l'analyse et l'interprétation des résultats. Plus concrètement, une fois les entrevues retranscrites, les comptes rendus ont été lus à plusieurs reprises afin d'en déterminer les thèmes émergents et de constituer l'arbre de codification. Ce premier arbre s'est raffiné au fur et à mesure de la codification et de certains regroupements de thèmes. Lorsque toutes les entrevues ont été codifiées dans le logiciel, il s'est avéré que trois grandes catégories de retombées émergeaient : les effets individuel, social et scolaire. Il est à noter que le présent article concerne uniquement le volet social des résultats. Il ne rapporte que les résultats sur le développement des liens sociaux, avec un accent concernant les relations entre les élèves et les enseignants.

Les participants de l'étude

Comme nous l'avons mentionné, deux groupes de participants ont été rencontrés dans le cadre de cette étude : les élèves ainsi que les enseignants et les professionnels responsables. Il est à noter que l'ensemble des personnes ayant participé au programme éducatif s'est porté volontaire pour contribuer à l'étude,

c'est ainsi que la totalité des personnes a été interviewée. Le groupe d'élèves était constitué de 23 personnes (12 garçons et 11 filles) dont l'âge moyen était de 16 ans. Ceux-ci ont choisi de s'insérer dans le projet éducatif dans l'optique : d'améliorer leur santé et leur condition physique (ex. besoin de bouger, de faire du sport, de vivre à l'extérieur), de développer et de consolider leurs liens interpersonnels (ex. se faire des amis, vivre en *gang*, découvrir les enseignants ou les élèves sous un autre jour) et d'augmenter leur motivation à fréquenter l'école le vendredi. Le groupe d'enseignants et de professionnels était formé de quatre personnes (deux hommes et deux femmes) dont la totalité œuvrait au sein de l'école depuis plus de deux ans. Ces derniers ont choisi de s'impliquer à titre de responsables dans le projet éducatif afin d'augmenter leur niveau de connaissance à l'égard des activités de plein air et d'aventure, de pouvoir transmettre leurs connaissances en dehors du cadre scolaire et de consolider leurs relations avec les élèves.

Résultats de l'étude

Les entrevues réalisées auprès du groupe d'élèves et du groupe d'enseignants et de professionnels ont mis à jour d'importantes retombées sur le plan social. Ainsi, en plus d'être bénéfique au développement des forces individuelles (Bergeron-Leclerc et al., 2012), le projet PPA favorise le développement des forces environnementales. En effet, les participants des deux groupes ont fait part d'effets bénéfiques sur l'établissement des liens sociaux, qu'il s'agisse de la relation entre élèves et enseignants ou professionnels ou des relations avec leurs groupes de pairs respectifs. Cette section vise à décrire les principaux résultats de cette étude, en mettant un accent sur les éléments communs qui émergent du discours de nos deux groupes de participants⁸. Plus spécifiquement, elle permet de décrire en quoi la participation au programme d'éducation constitue une opportunité pour mieux connaître l'Autre et reconnaître ses forces, pour avoir du plaisir ensemble, pour développer des rapports égalitaires, pour favoriser une proximité accrue entre élèves et enseignants ou professionnels, mais aussi entre pairs.

Une opportunité pour mieux connaître l'Autre et reconnaître ses forces

Au travers des activités hebdomadaires du vendredi, de même que durant les expéditions, les élèves, les enseignants et les professionnels ont appris à se connaître, mais surtout à se percevoir différemment. Comme si le fait de se retrouver en plein air, dans un contexte de réalisation d'activités d'aventure, permettait d'être soi-même et de créer une ouverture pour aller à la rencontre de l'Autre qui, jusque-là, paraissait différent. Plus encore, certains préjugés ou résistances, qui auparavant semblaient empêcher la relation, se sont estompés au fil des activités et des contacts mutuels. Le point de vue de cet élève traduit bien notre propos :

« Je pensais que c'était une petite madame. Puis elle est bonne aussi dans le plein air. [...] Nous autres on pensait que les profs sont rien que bons à pousser un crayon. Fait que tu sais la plupart du monde pense comme ça. Mais on voit qu'eux autres sont bons là-dedans. »
(E -07)

Ainsi, grâce au projet, l'Autre est apparu semblable plutôt qu'étranger et on lui a reconnu des forces. Les extraits suivants témoignent de ce changement de perception mutuelle.

« Fait que j'ai appris à le connaître puis cette année, je suis avec lui puis je trouve ça l'un parce que j'ai un petit lien avec. [...] Écoute, lui, il est trippant! [...] Je l'ai vu rien qu'au début d'année quand je suis arrivé à l'école, bien au début de l'année passée là. Mais, tu sais, je l'ai vu pendant deux périodes le matin puis après je ne l'ai jamais revu. Quand je suis tombée en plein air, bien j'ai appris à le connaître. J'ai connu des petits côtés des professeurs que je n'avais jamais pensés. »
(E -06)

« Cet étudiant-là je l'avais avec moi en classe, j'étais son tuteur [...] Je l'avais en classe puis le contact ne passait pas. Tu sais, je ne le connaissais pas, puis ça ne passait pas. J'étais timide, j'étais même gênée avec lui. Avec le plein air, c'est un de mes bons jeunes. Je pense qu'il s'est développé un petit peu avec le plein air, il fait des farces, il est drôle alors que moi avant, je le trouvais plate. Dans la classe, il ne disait pas un mot, il avait l'air plate. Finalement, c'est un de mes plus drôles, de mes plus fins. Fait que je me dis qu'avec le plein air, ça m'a permis de connaître un jeune puis je ne l'aurais jamais connu. » (E/P-01)

Une opportunité d'avoir du plaisir ensemble

La majorité des participants interviewés nous a parlé du plaisir qu'ils avaient à se côtoyer. Sans aller jusqu'à dire que les contacts entre élèves et enseignants ou professionnels étaient désagréables avant la mise en place du programme de plein air, plusieurs personnes ont été étonnées de constater qu'elles pouvaient vivre ensemble des moments fort agréables lors de l'année à l'étude. Le discours de cet élève est révélateur à cet égard :

« Mais tu sais, avant je pensais que les profs sont du monde qui n'ont pas de vie. [...] Ils enseignent, ils n'ont pas de vie [...] Tu sais, tu n'as plus l'impression que les profs n'ont pas de vie, mais là tu sais qu'ils sont bien le fun. » (E -02)

Les possibilités de rire, de se taquiner, de s'amuser lors des activités de plein air et d'aventure ont été évoquées à maintes reprises. Bref, comme le mentionnent les participants, les contacts mutuels établis ont été à l'origine d'une foule d'émotions positives.

« Tu sais comme mon prof de plein air je n'arrête pas de l'agacer dans son cours. [...] Puis lui aussi il m'agace. Tu sais, c'est drôle, il ne ferait pas ça avec tous ses élèves. On se rapproche. » (E -17)

« En piscine, il y a une sorte de grosse araignée gonflée puis c'était on se tiraille, on se chamaille. [...] Tu sais, c'est un lien, tu sais, c'est physique aussi, alors pour les gars, c'était très trippant. » (E/P-03)

Une opportunité pour développer des rapports égalitaires

Les éléments rapportés précédemment sont-ils l'œuvre du plaisir éprouvé ensemble? Si nos données ne permettent pas de confirmer cette hypothèse, elles suggèrent cependant que la participation au projet éducatif favorise des rapports égalitaires entre les élèves, les enseignants et les professionnels. En effet, la distance qui caractérise la relation maître-élève dans le contexte scolaire paraît s'aplanir lors de la participation aux activités de plein air. Et ce, en dépit du fait que les enseignants et les professionnels assumaient en partie la responsabilité de l'organisation des activités hebdomadaires du vendredi. Ce membre de l'équipe des enseignants et des professionnels traite de ces aspects :

« Les jeunes ne se sentent pas comme des amis, mais ils se sentent respectés. C'est presque d'égal à égal là. Moi, j'aime bien ça. Je crois que ça fait de quoi de bon. Surtout avec cette clientèle-là. Je pense qu'ils tripent. » (E/P-02)

« Bien les jeunes, moi, je trouve que c'est un bon moyen de rentrer en contact, c'est en dehors de l'école avec eux autres là. [...] Ils ne me voient pas comme un cadre d'entreprise ou quoi que ce soit. Ce sont d'autres liens, ailleurs que l'école. C'est plus amical, ils me connaissent sur un autre aspect. » (E/P-04)

En fait, c'est un peu comme si durant un laps de temps, élèves, enseignants et professionnels quittaient leurs rôles traditionnels pour en emprunter un nouveau : celui de participant à un programme d'éducation par l'aventure. Ce changement de rôle aurait une incidence sur le type de rapports entretenus entre les élèves et les adultes. Pour qualifier cette réciprocité, nos deux groupes de participants parlent de rapports amicaux. Ils se gardent toutefois bien de spécifier que cette situation n'est que temporaire et qu'une fois de retour sur les bancs d'école, les rapports sont de nouveau hiérarchisés. Les extraits suivants illustrent cette réalité.

« Je ne sais pas comment dire ça. On les voit plus comme des amis que comme des profs. Tu sais, bien surtout dans le plein air. À l'école c'est sûr que ça reste des profs là! » (E -01)

« Tu sais, on dit des profs, mais dans le fond pour nous autres c'est des amis là le vendredi. Tu sais tu vas parler de ce que tu parlerais avec tes chums dans le fond. Ça change tu sais, ce n'est pas pareil pantoute comme l'école. » (E -03)

Une opportunité pour une proximité accrue entre élèves et adultes

La participation au projet éducatif a permis un rapprochement entre les élèves et les adultes. Solidité et proximité sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus souvent dans le discours des participants. Le discours de ce participant évoque bien le rapprochement qui a pu s'opérer lors du projet PPA.

« Rapprochement. Depuis le plein air, le camp d'hiver, cet élève-là vient beaucoup me jaser. Il vient s'asseoir à côté de moi, chose qu'il ne faisait pas avant. Parce que je n'ai pas tout le monde de plein air dans mes classes. La majorité des élèves ne sont pas avec moi dans mes

classes. Mais j'en ai quelques-uns, mais ces quelques-uns-là se rapprochent. Comme cet élève, il se tenait assez loin de moi, maintenant y vient s'asseoir à côté moi puis il me jase puis il me parle même de ses petits problèmes. » (E/P-01)

Si, pour certains, il convient mieux de parler du développement d'un lien significatif, pour d'autres, la relation s'est solidifiée à un point tel qu'on peut parler d'une relation de confiance. Quoi qu'il en soit, tous les participants nous parlent d'une relation qui diffère de celle qui prévaut habituellement dans le contexte d'une classe. La nouvelle relation se caractérise notamment par une plus grande aisance mutuelle et une plus grande sociabilité qui, comme en témoignent les extraits suivants, favorisent le dévoilement de confidences de la part des élèves.

« Je ne sais pas comment je peux le dire? Tu sais, le professeur de plein air, il est plus sociable avec toi, il est plus trippant avec toi. Tu sais, la relation que j'ai avec mon professeur de français puis la relation que j'ai avec le professeur du plein air, ce n'est pas pareil pantoute. Tu sais, avec le prof de plein air je vais faire une petite joke. Mais avec mon professeur de français je ne pourrais pas faire ça là, tu sais. Oui, je veux dire que je suis plus proche du professeur. Il y a un lien. » (E-06)

« Au début de l'année, je ne les connaissais pas, puis là je les connais encore plus, ça fait deux ans que je les ai dans le groupe plein air. Je suis moins gênée, j'ai plus le goût de parler avec eux autres. Bien je ne sais pas, les autres profs, je ne leur parle pas beaucoup. Je ne sais pas, eux autres, j'ai vécu des affaires avec eux autres, fait que je peux leur parler. » (E-13)

Une opportunité pour une proximité accrue entre pairs

Enfin, nos données indiquent qu'en plus du rapprochement entre élèves et adultes, le projet a permis le rapprochement entre les pairs. Ainsi, tant les élèves que les enseignants et les professionnels sont parvenus à se connaître davantage et à développer dans leur groupe d'appartenance respectif des liens significatifs. Loin d'être éphémères, ces liens créés dans ce contexte de plein air et d'aventure perdurent lorsque ceux-ci se retrouvent à nouveau en contexte scolaire. Ce fait est illustré dans l'extrait suivant :

« Ceux que je connais, que j'ai connu dans le plein air tu sais, je leur dis encore salut dans le couloir puis tout ça. Comme il y a une fille que j'ai connue, qui était dans mes cours puis je ne lui parlais pas avant, bien là maintenant on se met en équipe ensemble en cours. » (E-12)

Force est de constater que les membres de ce groupe sont devenus plus près à la suite de cette expérience et que ces activités ont transformé la nature des relations interpersonnelles, comme si le fait d'avoir vécu ces expériences ensemble avait solidifié les liens qui les unissent entre eux. Le discours des participants indique que ce rapprochement s'est opéré tant d'un point de vue quantitatif (ex. fréquence des contacts) que qualitatif (ex. qualité, voire authenticité de la relation).

« On peut parler de rapprochement. Elle [la relation] s'est transformée. On est plus proches, on est des amis moi je pense. On est devenus encore plus amis [...] On est contents de se voir le matin [...] Ceux qui font partie du projet plein air quand ils ne sont pas là une journée, ça paraît. » (E-01)

« Sûrement que ça ne peut pas trop s'évaluer, mais on est quand même rendus à un stade assez avancé dans la relation. On se connaît pas mal puis on peut se dire des choses franchement, sans avoir peur de déranger, de blesser les autres. » (E/P-02)

Discussion

Cette étude a permis de documenter la perception des élèves, des enseignants et des professionnels à l'égard des répercussions sociales d'un programme d'éducation par l'aventure mis en place dans une école alternative de la région de Québec. À bien des égards, les résultats de cette recherche concordent avec ceux des travaux répertoriés dans la recension concernant la création et la consolidation des liens sociaux. Cependant, notre étude va plus loin en décrivant les impacts du programme sur la transformation du lien adulte-élève : une dimension qui, à notre connaissance, n'a pas été documentée antérieurement. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que les élèves et les enseignants/professionnels souhaitaient, avant le démarrage du programme, voir apparaître des changements à ce niveau. Ainsi, ce qui était d'ordre motivationnel a eu, au fil des semaines, un effet réel. Plus spécifiquement, dans leurs récits, élèves, enseignants et

professionnels ont signifié s'être découverts, s'être amusés et s'être rapprochés. Bien que d'autres recherches soient nécessaires pour confirmer cette tendance, il nous semble ici que la transformation des liens sociaux ait été rendue possible par le développement de rapports qui tendent vers l'égalité.

Les résultats de cette recherche doivent cependant être interprétés à la lumière de certaines limites méthodologiques comme le caractère exploratoire de l'étude, l'utilisation d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste, le fait que les participants aient été recrutés dans un seul site, la petite taille de l'échantillon d'enseignants et de professionnels ainsi que l'utilisation d'un devis transversal plutôt que longitudinal. Par contre, si nos données ne peuvent être généralisées, elles mettent toutefois en lumière un certain nombre d'enjeux associés au développement et au fonctionnement des programmes éducatifs. Plus spécifiquement, les résultats donnent à penser que l'éducation par l'aventure, appliquée dans un contexte scolaire, peut être un puissant outil d'intervention auprès d'une population d'adolescents éprouvant des difficultés scolaires, personnelles et sociales.

Sachant combien la qualité et la perception du lien sont importantes lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de ces jeunes et de favoriser leur motivation et leur persévérance scolaire, ce résultat nous paraît prometteur (Gaudreault et al., 2010). Nous sommes cependant d'avis qu'il ne suffit pas de mettre un groupe d'élèves, d'enseignants et de professionnels en contexte d'aventure pour qu'apparaissent des effets et qu'en l'occurrence, l'efficacité des programmes éducatifs repose sur la présence d'un certain nombre d'ingrédients actifs, notamment leur fréquence et leur durée. Dans la dernière portion de cet article, et dans une logique prospective, nous souhaitons discuter de certains de ces ingrédients et de leur possible apport sur la transformation des liens sociaux. Il sera question de la durée, de la nature des activités proposées et des fondements théoriques sous-jacents au programme.

À l'image d'autres travaux réalisés dans le domaine (McKenzie, 2003; Russel, 2003; Sibthorp, Paisley et Gookin, 2007), notre étude et les résultats qui en découlent nous portent à

croire que la durée du programme a contribué à l'obtention de résultats favorables. D'une durée de 26 semaines et comprenant tant les activités hebdomadaires du vendredi que les expéditions, le programme a non seulement eu un impact sur la cohésion du groupe, mais également favorisé le développement des relations entre élèves, enseignants et professionnels. Tout en étant conscients de l'impact des expéditions, les participants indiquent que déjà, grâce aux activités du vendredi, leur relation commençait à se transformer. Un autre facteur ayant contribué à cette transformation concerne le fait de se retrouver, dans le contexte de ce projet, dans un environnement non familial. En effet, grâce à ce projet, les élèves, les enseignants et les professionnels ont appris à se côtoyer dans un contexte autre que l'établissement scolaire, ce qui a amené une redéfinition de leurs rôles respectifs. Ce résultat soutient l'idée voulant que le fait de se retrouver dans un contexte inconnu crée une période de déséquilibre propice à l'émergence d'un climat d'ouverture, d'entraide et de coopération entre les participants (Harris, Hanrahan, et Jobling, 2005; McKenzie, 2003).

Enfin, et même si cette piste devra faire l'objet d'études supplémentaires, nous sommes d'avis que les fondements théoriques sous-jacents au projet PPA ont eu un impact sur les résultats obtenus. En effet, notre analyse de ce programme éducatif nous indique que celui-ci s'inspire de l'approche centrée sur les forces, approche qui, rappelons-le, est issue du domaine du travail social (Rapp et Gosha, 2012). Comparativement aux approches traditionnelles d'intervention, l'approche centrée sur les forces vise à la fois le développement de forces individuelles (aspirations, compétences et confiance en soi) et environnementales (ressources, réseau social, opportunités), afin que les personnes puissent reconquérir du pouvoir sur leur vie et jouir d'une vie satisfaisante dans la communauté (Rapp et Gosha, 2012). Outre la prise en compte des forces, cette approche est basée sur plusieurs principes d'intervention, dont l'autodétermination de la personne, l'intervention *in vivo*, le développement d'une relation égalitaire entre l'intervenant et le client et l'accent mis sur le moment présent (Rapp, 1998; Rapp et Gosha, 2012).

Le projet PPA a, de toute évidence, favorisé le développement des forces individuelles, des forces environnementales et de liens plus égalitaires entre les élèves et les enseignants ou les professionnels. Ainsi, plutôt que de mettre l'accent sur les difficultés des élèves, comme c'est souvent le cas dans le contexte scolaire traditionnel, leurs forces ont été mises à profit lors des défis d'aventure qui ont été proposés. De plus, les résultats obtenus indiquent que le projet a permis le développement et la consolidation des liens sociaux. À cet égard, outre le renforcement des liens entre pairs, il nous paraît particulièrement important de souligner la transformation des liens entre élèves et adultes. Le fait que les élèves, les enseignants et les professionnels participaient ensemble aux activités semble avoir contribué au développement de rapports plus égalitaires. La notion de plaisir, qui n'est que rarement évoquée lorsqu'il est question de relations entre élèves, enseignants et professionnels, nous apparaît ici centrale. La création de souvenirs positifs associés à une expérience commune a favorisé la communication entre eux et, du même coup, la consolidation de leurs liens. Considérant la vulnérabilité des adolescents ayant participé au projet, les effets obtenus dans ce cadre et les impacts de l'approche centrée sur les forces sur le plan de l'appropriation du pouvoir personnel (Rapp, 1998), nous croyons que celle-ci devrait être considérée dans le développement de futurs programmes d'éducation par l'aventure.

Conclusion

Le présent article relate l'expérience d'élèves, d'enseignants et de professionnels ayant participé à un programme d'éducation par l'aventure destiné à des adolescents fréquentant une école secondaire alternative. Il met en lumière comment ce type de programme peut constituer un outil de transformation du lien social, qu'il s'agisse des relations entre élèves et adultes ou des relations entre pairs. En raison des effets psychosociaux qui émergent de ce programme, l'éducation par l'aventure nous paraît une avenue prometteuse non seulement pour le champ du travail social en milieu scolaire, mais également pour le travail social auprès des groupes. Cela est d'autant plus vrai que nous assistons, depuis quelques années, au

déclin ou du moins à la stagnation de l'utilisation du travail social auprès des groupes, notamment en raison de l'utilisation dominante de l'intervention individuelle (Alissi, 2001; Glassman, 2009). L'intervention auprès des groupes détient des assises théoriques et des effets probants justifiant sa pertinence (Breton, 1990; Alissi, 2001; Glassman 2009). Ainsi, nous croyons que l'utilisation de la nature et de l'aventure dans un cadre structuré d'intervention de groupe serait un moyen de faire revivre cette méthode propre au travail social. Cela nous paraît d'autant plus pertinent que les principes liés à l'éducation par l'aventure (notamment la prise en compte des forces individuelles et environnementales) vont de pair avec les valeurs et les principes du travail social. Enfin, les effets favorables de la participation à ce projet appellent à poursuivre le développement de telles initiatives en milieu scolaire et la réflexion à l'égard des ingrédients actifs de tels programmes. Nous voyons là une opportunité pour les travailleurs sociaux de s'impliquer dans le développement de ce champ de pratique en émergence, notamment par leur contribution au développement de normes de pratiques basées sur des travaux empiriques.

Descripteurs :

Éducation par l'aventure - Québec (Province) //
Persévérance aux études // Passion plein air
(Programme) // Habiletés sociales
Adventure education - Quebec (Province) //
Dropouts - Prevention // Social skills

Notes

- 1 Le nom de l'institution scolaire où a été réalisé le projet PPA n'apparaît pas dans l'article, afin de préserver l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude. L'appellation « École secondaire alternative » sera utilisée tout au long de l'article.
- 2 La réalisation de l'édition 2005-2006 du projet PPA et l'étude évaluative, dont les résultats sont traduits dans cet article, ont été rendues possibles grâce à l'octroi d'une subvention de recherche du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (Direction de l'adaptation scolaire), dans le cadre de la mesure 30054.
- 3 Pour plus d'information sur la coopérative, consulter le lien suivant : <http://coopinaq.blogspot.ca/>
- 4 Pour plus d'information sur la fondation, consulter le lien suivant : <http://pointedespieds.com/>
- 5 Le programme de 26 semaines devait initialement comprendre 26 activités. Cependant, en raison d'une grève, de séances de rattrapage scolaire, de tempêtes hivernales et d'activités scolaires impliquant tous les élèves, 19 activités ont eu lieu. Parmi ces activités, 17 étaient des activités hebdomadaires et 2 étaient des expéditions.
- 6 Cette étude s'est déroulée dans le respect des normes de recherche réalisées à l'endroit de sujets humains (Certification émise par le Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC : numéro 602.02.02).
- 7 Cet objectif a été mesuré de façon quantitative, à l'aide de données issues du système informationnel de l'école en ce qui concerne les présences et les absences scolaires. Les résultats de notre étude indiquent que la participation au projet PPA n'a pas eu d'impact sur la fréquentation scolaire. Il ne sera donc pas question de ce volet d'étude dans l'article.
- 8 Des extraits de comptes rendus accompagnent la présentation des résultats de l'étude. Chaque participant est identifié à l'aide d'un code alpha numérique. Le code « E-numéro » signifie que le participant fait partie du « groupe élèves », alors que le code « E/P-numéro » signifie que le participant fait partie du « groupe enseignants et professionnels ».

Références

- Alissi, A. S. (2001). The Social Group Work Tradition: Toward Social Justice a Free Society. *Social Group Work Foundation Occasional Papers*, 1 (1), 1-29.
- Alissi, A. S. (2009). Group Work History: Past, present, and Future: United States. In A. Gitterman & R. Salmon (Eds.). *Encyclopedia of social Work with Groups*: 6-12.
- Bergeron-Leclerc, C., Mercure, C., Gargano, V., Bilodeau, M., et Dessureault-Pelletier, M. (2012). Quand la passion suscite la motivation : les retombées d'un programme d'éducation par l'aventure au sein d'une école secondaire alternative. *Revue canadienne de l'éducation*, 35 (4), 62-91.
- Breton, M. (1990). Leçons à tirer de nos traditions en service social des groupes. *Service social*, 39 (1), 13-26.
- Breunig, M., O'Connell, T., Todd, S., Young, A., Anderson, L., & Anderson, D. (2008). Psychological sense of community and group cohesion on wilderness trip. *Journal of Experiential Education*, 30 (3), 258-261.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). Le "modèle processus-personne-contexte-temps" dans la psychologie du développement : principes, applications et implications, dans R. Tessier et G. M. Tarabulsky (dir.). *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* : 11-60. Québec : PUL.
- Davidson, L. (2001). Qualitative research and making meaning from adventure: A case study of boys' experiences of outdoor education at school. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1 (2), 11-20.
- Davis-Berman, J., & Berman, D. (1999). The use of adventure-based programs with at-risk youth, dans John C. Miles & S. Priest (dir.). *Adventure programming* : 365-371. Pennsylvania: Venture publishing.
- Dismore, H., & Bailey, R. (2005). "If only" : Outdoor and adventurous activities and generalised academic development. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 5 (1), 9-20.
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain, dans G. M. Tarabulsky, M. A. Provost, S. Drapeau et É. Rochette (dir.). *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* : 11-32. Québec : PUQ.

- Fisher, R. L., & Attah, E. B. (2001). City-kids in the wilderness a pilot-test of outward bound for foster care group home group, *Journal of Experiential Education*, 24 (2), 109-117. From *severe and Persistent Mental Illness*. New York: Library of Congress Cataloging.
- Gargano, V. (2010). *Les retombées du cours collégial « Plein air expérientiel » aux plans personnel et inter-personnel*. Mémoire de maîtrise. Département des Sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Gargano, V., et Bergeron-Leclerc, C. (2012). Apprendre autrement : les effets d'un programme d'éducation par l'aventure au plan du développement personnel et social, *Revue de recherche en éducation*, 2, 32-49.
- Garst, B., Schneider, I., & Baker, D. (2001). Outdoor adventure program participation impacts on adolescent self-perception, *Journal of Experiential Education*, 24 (1), 41-49.
- Gaudreault, M., Thivierge, J., Laberge, L., Gagnon, M., Veillette, S., Gaudreault, M., Arbour, N., Labrosse, J., et Perron, M. (2010). *Regard sur les adolescents du Saguenay-Lac-Saint-Jean : comprendre pour mieux les soutenir*. Jonquières : ÉCOBES.
- Glassman, U. (2009). Group Work Values. In Alex Gitterman & Robert Salmon (Eds.), *Encyclopedia of social work with groups*: 39-44.
- Goldenberg, M., & Pronsolino, D. (2008). A means-end investigation of outcome associated with Outward Bound and NOLS Programs, *Journal of Experiential Education*, 30 (3), 271-276.
- Goldenberg, M., McAvoy, L., & Klenosky, D. B. (2005). Outcomes form the Components of an Outward Bound Experience, *Journal of Experiential Education*, 28 (2), 123-146.
- Harris, C., Hanrahan, S., & Jobling, A. (2005). Outdoor adventure and physical disability: Participants' perceptions of the catalysts of change. In T. Morris et al. *Proceedings of the ISSP 11th World Congress of Sport Psychology: Promoting Health and Performance for Life*. Sydney, 15-19 August.
- Harrison, M., & McGuire, F. (2006). An investigation of the influence of vicarious experience on perceived self-efficacy, *Journal of Experiential Education*, 28 (3), 257-258.
- Hatch, K. D., & McCarthy, C. J. (2005). Exploration of challenge courses' long-term effects on members of college student organizations, *Journal of Experiential Education*, 27 (3), 245-264.
- Holman, T., Goldenberg, M., McAvoy, L., & Rynders, J. (2003). Outcomes-consequences-values of an integrated wilderness adventure program, *Journal of Experiential Education*, 25 (3), 353.
- Long, A. E. (2001). Learning the ropes: exploring the meaning and value of experiential education for girls at risk, *Journal of Experiential Education*, 24 (2), 100-108.
- Martin, A. J., & Leberman, S. I. (2005). Personal learning or prescribed educational outcomes: a case-study of the Outward Bound experience, *Journal of Experiential Education*, 28 (1), 44-59.
- Mayer, R., et Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie, dans R. Mayer et al. (dir.). *Méthodes de recherche en intervention sociale* : 159-190. Montréal : Gaétan Morin.
- McAvoy, L., & Lais, G. (1999). Programs that include persons with disabilities. In J. C. Miles et S. Priest (dir.). *Adventure programming. Pennsylvania, Venture publishing*: 403-414.
- McKenzie, M. (2003). Beyond "The Outward Bound Process", *Journal of Experiential Education*, 26 (1), 8-23.
- Mercure, C. (2009). *La programmation d'aventure en milieu scolaire au secondaire : une étude de cas réalisée au Saguenay*. Mémoire de maîtrise. Département des Sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Norton, C. (2007). *Understanding the impact of wilderness therapy on adolescent depression and psychosocial development*. Doctoral dissertation. School of Social Work, Loyola University Chicago.
- Priest, S., & Gass, M. A. (1997). *Effective leadership in Adventure programming*. New-Hampshire, Human Kinetics.
- QSR International. NVivo (Windows, version 8.0) [Logiciel]. (2008). Disponible sur le site internet de QSR International (<http://www.qsrinternational.com/>).
- Raiola, E., & O'Keefe, M. (1999). Philosophy in practice : A history of adventure programming. In J. C. Miles et S. Priest (dir.). *Adventure programming*: 45-53. Pennsylvania: Venture publishing.
- Rapp, C. A. (1998). *The Strengths Model: Case Management with people suffering*.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). *The strengths model. A recovery-oriented approach to mental health services*. New York: Oxford University Press.
- Russel, K. C. (2003). A nation-wide survey of outdoor behavioral healthcare programs for adolescents with problems behavior, *Journal of Experiential Education*, 25 (3), 322-331.
- Sibthorp, J. (2003). Learning transferable skills through adventure education: The role of an authentic process, *Journal of Adventure Education an Outdoor Learning*, 3 (2), 145-157.

- Sibthorp, J., Paisley, K., & Gookin, J. (2007). Exploring participant development through adventure-based programming: A model from the National Outdoor Leadership School, *Leisure Sciences*, 29 (1), 1-18.
- Stott, T., & Hall, N. (2003). Changes in aspects of students' self-reported personal, social and technical skills during a six-week wilderness expedition in Arctic Greenland, *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 3 (2), 159-169.
- Turcotte, D., F.-Dufour, I., et St-Jacques, M.-C. (2009). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie, dans M. Alain et D. Dessureault (dir.). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* : 195-220. Québec : PUQ.
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta-analysis of outcomes evaluations, *Evaluation and Program Planning*, 23, 1-12.

Travail social et déterminants de la santé

par

Henri Dorvil, Ph.D., T.S.

Professeur

Université du Québec à Montréal

Courriel : dorvil.henri@uqam.ca

Plusieurs recherches ont montré l'impact de l'environnement social d'un individu sur sa santé. Les travailleurs sociaux interviennent sur les déterminants sociaux de leurs clients.

Many researches have shown the impact of people's social environment on their health. The social workers are working with their clients' social conditions.

Plusieurs recherches (ICRA, 1991; Evans, Barer et Marmor, 1994; Wilkinson, Pickett, 2013) ainsi que plusieurs institutions reconnues (OMS, 2010, 2013; MSSS, 2012; OTSTCFQ, 2013; Charte d'Ottawa, 1986) ont apporté des éclairages sur les inégalités sociales en général et sur les déterminants sociaux de la santé en particulier.

Qu'est-ce que les déterminants sociaux de la santé? Tout simplement des actions réalisées hors du champ spécifique de la santé (par exemple, le programme OLO, la sécurité alimentaire, la formation de la main-d'œuvre, l'emploi, le logement, le soutien au logement, etc.) qui ont une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations.

Quelles sont donc les thèses courantes de l'environnement social comme facteur clé de la santé? Si le taux de mortalité causé par la tuberculose a chuté de façon importante après la découverte d'un traitement efficace de cette maladie (la streptomycine, un antibiotique

découvert en 1944), cela ne saurait expliquer, toutefois, la baisse plus spectaculaire du taux de mortalité survenue au siècle précédent. Il est clair que « quelque chose » d'autre que la médecine a permis la réduction de la tuberculose (Renaud, 1994). Et ce « quelque chose » a à voir avec l'amélioration de la nutrition, avec l'espacement des naissances et avec les conditions d'hygiène (égouts, approvisionnement en eau potable) et même avec des milieux de travail moins stressants.

La médication et la vaccination ont énormément contribué à la réduction des maladies infectieuses. Mais ce sont des facteurs sociaux qui ont joué un rôle majeur dans leur réduction. Avec l'introduction des régimes universels d'assurance-maladie après la Deuxième Guerre mondiale, on croyait que de telles mesures réduiraient à néant les inégalités sociales en matière de santé : les plus pauvres pouvant avoir accès aux médecins et aux hôpitaux, ils pourraient rattraper ainsi le niveau de santé des couches plus aisées de la population et, après un certain temps, éprouver moins de besoins en services de soins. Or, ce n'est pas ce qui est arrivé. Au contraire, dans certains pays, l'écart de mortalité entre les couches inférieures et supérieures s'est même accentué depuis la dernière guerre mondiale.

En fait, dans tous les suivis longitudinaux de population, on constate un gradient de santé : les mesures de mortalité comme de morbidité suivent en escalier le statut socioéconomique de la population (Renaud, 1994). Plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue encore est l'espérance de vie en bonne santé. Ce gradient a été observé dans tous les pays. Le gradient est présent pour toutes les causes de mortalité, qu'elles soient liées ou non aux mauvaises habitudes de vie (tabac, alimentation, etc.). Il semble donc y avoir « quelque chose » qui est associé à la position dans la hiérarchie, qui prédispose à la maladie et à la mort prématurée, et

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 75-78.

que la médecine ne peut guérir. Par exemple, une étude menée (Marmot, 1986) auprès de fonctionnaires britanniques de White Hall dans la cité de Londres a montré que, sur une période de dix ans, les hommes âgés de 40-60 ans mourraient en trois fois plus grand nombre parmi les travailleurs manuels et de bureau que parmi le personnel professionnel et administratif. Il est important de savoir qu'il ne s'agissait aucunement d'une population pauvre exposée à des risques environnementaux importants, mais de classes moyennes et de classes supérieures. Cette étude exemplaire a été reproduite au Canada et ailleurs dans le monde avec à peu près les mêmes résultats.

Fait encore plus troublant, les études montrent que, si toute la population adoptait un genre de vie raisonné, particulièrement en ce qui a trait à l'alimentation, au tabac et à l'alcool, l'espérance de vie serait certes allongée, mais le gradient d'état de santé entre les diverses classes sociales persisterait (Renaud, 1994). C'est donc dire que la bonne santé n'est pas qu'une affaire d'habitudes de vie. Les soins de santé ne sont qu'un des quatre déterminants de la santé (la biologie, l'environnement, les habitudes de vie, les soins).

Pourquoi donc la santé se dégrade-t-elle au fur à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale, se demandent les épidémiologistes Wilkinson et Pickett (2013)? Pourquoi les pauvres sont-ils en moins bonne santé que les classes moyennes qui, elles-mêmes, sont en moins bonne santé que les personnes vraiment riches? À cause de l'inégalité sociale, disent-ils. Les troubles anxieux, les troubles du contrôle des impulsions et les maladies graves sont tous fortement corrélés avec l'inégalité, les troubles de l'humeur le sont moins, selon ces mêmes experts. Les États-Unis d'Amérique dépensent *per capita* deux fois et même trois fois plus en services de santé que des pays comme le Japon, le Royaume-Uni, la Norvège, le Canada. Malgré cela, les Étatsuniens sont en moins bonne santé que les Scandinaves.

Qu'est-ce qui se cache donc derrière le gradient de santé? Quel est ce « quelque chose » qui semble si fortement influencer sur la santé? De plus en plus, on soupçonne que c'est dans l'environnement social, économique et culturel de l'individu que se trouvent certains des secrets les plus méconnus de sa longévité et de sa

bonne santé. En particulier, les moyens qu'utilise une personne pour faire face aux stress de la vie seraient fondamentaux. Ces moyens sont associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui varient directement en fonction du statut socioéconomique (Renaud, 1994). Au début du siècle dernier, Wilhelm Reich (1897-1957), un médecin psychiatre et psychanalyste à Vienne, en Autriche, avait bien compris, à travers sa clinique quotidienne, la différence entre individus à risque et conditions socioéconomiques qui rendent les individus à risque. Voyant sa clinique envahie par une horde d'ouvriers et d'ouvrières souffrant de variantes de névrose, d'impuissance, de frigidité, il décide d'aller faire des visites à domicile. Il estime que six personnes vivant dans un minuscule 3 ½ peut expliquer une partie des causes de tous ces maux, si bien que ce médecin a commencé à militer pour exiger des logements sociaux pour cette classe prolétarienne.

Comment le travail social a-t-il contribué à l'avancement des connaissances, des pratiques professionnelles et des politiques sociales? Le paradigme de base de la pratique du travail social est l'être humain situé dans le monde, c'est-à-dire dans son environnement immédiat et sociétal. Ce qui veut dire que les travailleurs sociaux travaillent d'emblée sur les déterminants sociaux de la santé, et ce, depuis les balbutiements de la profession au début du siècle dernier. En effet, il est généralement admis que la discipline du travail social constitue en quelque sorte le dépositaire principal des sciences humaines et sociales appliquées. La travailleuse sociale, dans sa fonction de réinsertion sociale, s'occupe en priorité des clientèles refoulées à la périphérie du système social, clientèles qui éprouvent des problèmes d'adaptation à la vie en société. Marginalisation sociale et économique, difficultés d'accès aux services sociaux et de santé, déficit de participation à la société civile constituent le lot du *caseload* des travailleurs sociaux. Plus encore, depuis les balbutiements de l'État-providence et en accéléré avec la période des Trente Glorieuses (1945-1975), le service social institutionnel fait partie intégrale du plan de redressement voulu par l'État en vue d'offrir une protection adéquate à tous et particulièrement aux populations aux prises avec des déficits

économiques et sociaux. Actuellement, la précarisation de l'emploi, l'apparition en grand nombre des travailleurs pauvres, l'accentuation des écarts entre riches et pauvres, le rétrécissement de l'État-providence, l'affaiblissement de la solidarité exercent une forte pression sur la pratique des travailleuses sociales. Dans un tel contexte, les travailleuses sociales sont amenées à travailler avec des personnes, des familles et des collectivités en situation de précarité accrue et aux prises avec un ensemble de problèmes sociaux complexes.

C'est presque un truisme d'affirmer que c'est la pauvreté qui a créé le travail social au début du siècle dernier. À l'origine, les travailleurs sociaux et les sociologues étaient conviés à une tâche complémentaire d'ingénierie sociale. Alors que les travailleurs sociaux s'occupaient plus du traitement cas par cas des individus, les sociologues examinaient les origines sociales, la structure et les processus dans la constitution des problèmes sociaux. L'on se souviendra qu'avant l'ouverture de l'Université de Chicago, lieu de naissance de la première École de service social, une travailleuse sociale du nom de Jane Adams, Prix Nobel de la Paix, travaillait avec des populations d'origines diverses pour développer un leadership de quartier. Les résidents de ces *settlements* menaient des enquêtes sur les conditions de logement, d'emploi dans les manufactures, sur les salaires, l'hygiène à Chicago, mais aussi dans d'autres villes du Middle West et de la côte Est. Ces enquêtes allaient aboutir aux racines économiques des problèmes sociaux (Dorvil, 2012). Au Québec et en Ontario, les milieux ruraux se dépeuplaient au profit principalement des deux grandes villes de Montréal et Toronto qui regorgeaient d'usines en plein essor. Les travailleurs adultes et enfants devaient se contenter d'un salaire de famine pour de longues heures de travail sans sécurité d'emploi, sans protection d'aucune sorte contre la maladie et les accidents de travail. Le service social, comme profession, s'établit en réaction au phénomène d'industrialisation et d'urbanisation.

Le travail social a-t-il contribué à l'avancement des connaissances, des pratiques professionnelles et des politiques sociales ? Je réponds clairement par l'affirmatif. Trois exemples récents parmi d'autres. Premièrement, des

professeurs en service social de l'Université de Montréal et de l'Institut national de la recherche scientifique (INRS) de l'Université du Québec ont mis sur la carte nord-américaine la problématique des travailleurs pauvres. Selon ces chercheurs (Ulysse, Lesemann et Pires, 2013), les travailleurs pauvres sont des gens qui n'ont pas de garantie d'emploi et dont les salaires ne permettent pas de vivre convenablement. La plupart d'entre eux travaillent au salaire minimum, d'autres se trouvent dans des emplois atypiques. Il en est de même des jeunes de la rue où recherche et intervention sont l'œuvre de travailleuses communautaires, de travailleurs sociaux et de chercheurs en travail social de l'UQAM, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke. Deuxièmement, le livre *Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale*, sous la direction de Sonia Gauthier et de Lyse Montminy (2012), a été écrit presque exclusivement par des intervenantes sociales dont plusieurs travailleurs sociaux. Troisièmement, l'OTSTCFQ ainsi que des penseurs en service social de plusieurs universités québécoises ont contribué et contribuent encore à l'établissement et à la révision des politiques sociales : la politique familiale, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les services de santé et des services sociaux lors des commissions gouvernementales d'enquête et au-delà.

Pour terminer, disons ceci. Certains disent que le service social est un métier de compassion, d'autres que le travail social est une profession de justice sociale. Compassion ou justice sociale, dans les services de santé et de services sociaux comme dans les centres jeunesse ou les centres d'hébergement et en paraphrasant Robert Castel (2004) je dirais que le travail social ressemble à ceci : Il constitue un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit.

Descripteurs :

Service social // Déterminants sociaux // Santé publique - Aspect social

Social service // Social determinants // Public health - Social aspects

Références

- Castel, R. (2004). Intégration et nouveaux processus d'individualisation, dans J. Poupart (dir.). *Au-delà du système pénal, l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés* : 13-23. Québec : PUQ, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986). *Établir une politique publique de santé. Ottawa : une conférence internationale pour la promotion de la santé vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre.
- Dorvil, H. (2012). Chicago : L'École des problèmes sociaux d'hier à aujourd'hui, dans M. Otero et S. Roy (dir.). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui. Repenser la non-conformité* : 281-315. Québec : PUQ, Collection PSIS.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and other not?* Adline de Gruyter Inc., New York: John Libbey Eurotext, Montrouge, Londres, Rome. Ce livre a été traduit sous le titre *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*. Montréal : PUM.
- Institut canadien de recherches avancées (1991). *Les déterminants de la santé*. Publication no 5.
- Marmot, M. G. (1986). Social inequalities in Mortality: the Social environment, in Wilkinson, R. (éd.). *Class and Health*: 21-33. Londres : Tavistock Publications.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Consulté sur Internet, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/18ad57eaf514abbe852579d70064c864?OpenDocument>, le 2 octobre 2013.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé d'une proposition*. Consulté sur Internet, [http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-\(version-finale-04-10-2013\).pdf?sfvrsn=0](http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-(version-finale-04-10-2013).pdf?sfvrsn=0), le 5 octobre 2013.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Mental Health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Consulté sur Internet http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf, le 2 octobre 2013.
- Organisation mondiale de la santé. *Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Consulté sur Internet, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf, le 15 juin 2013.
- Renaud, M., avec la collaboration de L. Bouchard (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé, *Interface, Journal de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, Mars-Avril, 15-23.
- Ulysse, P. J., Lesemann, F., et Pires, F. (2013). *Les travailleurs pauvres. Précarisation du marché du travail, érosion des politiques sociales et initiatives citoyennes. Un dialogue Québec-Brésil*. Québec : PUQ.
- Wilkinson, R., et Pickett, K. (2013). *L'égalité, c'est mieux. Pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Montréal : Écosociété.

Parent au singulier. La monoparentalité au quotidien,

Piste de lecture

par **Claudette Guilmaine**,
travailleuse sociale, Éditions du
CHU Sainte-Justine, 2012, 200 pages.

Résumé et commenté par
Éric Couto, T.S., Ph.D.

Après avoir publié *Chez papa chez maman, une nouvelle vie de famille*, en 2011, l'auteure Claudette Guilmaine aborde de nouveau le vécu des familles séparées, divorcées ou recomposées mais, cette fois, sous l'angle précis de l'expérience des parents. Dans son ouvrage *Parent au singulier. La monoparentalité au quotidien*, cette travailleuse sociale et médiatrice familiale d'expérience nous présente les défis auxquels sont confrontés les pères et les mères monoparentaux, tant dans les aspects affectifs, logistiques, économiques et sociaux de leur vie. Pour rendre compte de ces réalités, l'auteure puise dans une expérience clinique riche de même que dans des interviews qu'elle a réalisées auprès de femmes et d'hommes qui agissent, au fil des pages, à titre de parents témoins.

Le corps de cet ouvrage de 195 pages se compose de quatre chapitres. Chacun d'eux appuie son développement sur de nombreuses références placées en fin de chapitre et est ponctué d'encadrés intitulés « Saviez-vous que... », qui présentent au lecteur des informations factuelles complémentaires au contenu développé par l'auteure. À la fin de chaque chapitre, une « Boîte à outils » est présentée. S'adressant tant aux intervenants qu'aux personnes en situation de monoparentalité, il s'agit d'une série de brèves capsules informatives à saveur psychoéducative ou de courts exercices visant à améliorer le fonctionnement des individus aux

prises avec les aléas de la vie monoparentale. À titre d'exemple, la « Boîte à outils » du premier chapitre propose, entre autres, un questionnaire sur les préjugés associés à la monoparentalité ainsi qu'un petit exercice permettant aux « parents solos » de mieux évaluer leurs buts personnels. Enfin, l'ensemble des chapitres est ponctué d'extraits d'interviews et de citations des parents témoins qui illustrent concrètement et rendent accessible l'ensemble des notions présentées par l'auteure.

En ce qui concerne les thèmes concrets abordés par l'ouvrage, dans le premier chapitre, Claudette Guilmaine présente « Les types de monoparentalités ». Le lecteur sera étonné de constater à quel point les contextes menant à la monoparentalité, qu'elle soit permanente ou temporaire, sont variés et ne se limitent pas simplement aux ruptures d'union. Ainsi, que la monoparentalité soit « imposée » par un décès ou un parent inadéquat, « choisie » comme dans les cas de procréation assistée ou d'adoption en solo ou encore « circonstancielle » parce qu'un des parents doit séjourner à l'étranger pendant une longue période, cette diversité fait dire à l'auteure que « Plusieurs facteurs font en sorte que chaque histoire de monoparentalité est singulière » (p. 23). Toutefois, malgré cette singularité, les parents doivent assumer seuls l'éducation et les soins de leurs enfants comporte des enjeux communs, et ce, peu importe le type de monoparentalité.

Ce sont d'ailleurs ces points communs qui servent d'objet aux chapitres subséquents. D'abord, dans le second chapitre, après s'être demandé si le fait d'être un homme ou une femme constituait la monoparentalité différemment, l'auteure conclut que « Les divers récits qui ont étoffé [sa] réflexion semblent mettre davantage en relief les ressemblances que les différences. Les questionnements [des mères et des pères] sont les mêmes. » (p. 100). Non seulement Claudette Guilmaine n'établit-elle pas de différence de genre dans le vécu des parents solos, mais les préoccupations de ces

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 79-80.

derniers sur lesquelles elle développe dans les chapitres 3 et 4 vont également en ce sens. Plus précisément, ces parties de l'ouvrage exposent respectivement les enjeux concernant les questions d'organisation matérielle de la vie de famille lorsque l'on est parent monoparental (aspects économique, organisationnel, social, éducatif et spirituel) ainsi que les enjeux affectifs vécus par le parent célibataire (tant dans son rapport à son enfant que pour ses futures relations amoureuses); préoccupations s'appliquant effectivement tant aux mères qu'aux pères monoparentaux.

L'auteure amorce la conclusion de son ouvrage sur cette note empreinte d'espoir :

« Le parent qui débute sa vie solo est parfois envahi par l'impression d'être perdu dans un désert de solitude alors que le soleil torride lui tape sur la tête... Pourtant, au cours de ce voyage au pays de la monoparentalité, nous découvrons des beautés insoupçonnées, de riches oasis, des ressources fabuleuses et des nuits étoilées indescriptibles » (p. 193).

Là est l'essence du message que Claudette Guilmaine tente de transmettre aux mères et aux pères « solos » comme elle les appelle; l'expérience de la monoparentalité demande énormément d'adaptation. Cette période est, en effet, remplie de doutes et d'épreuves, mais une fois l'équilibre retrouvé par une mobilisation de ressources parfois insoupçonnées, ces parents n'ont pas seulement la possibilité de vivre une vie de famille épanouissante, mais sont devenus plus riches de la résilience tirée d'une telle expérience de vie.

Malgré tout l'intérêt qu'il suscite, cet ouvrage comporte toutefois quelques limites qu'il importe de préciser. D'abord, bien que la rédaction s'appuie sur de nombreuses références et relate les observations d'une professionnelle d'expérience, il ne s'agit pas d'un ouvrage scientifique. L'auteure n'a certes jamais cette prétention, mais cette mise en garde doit être faite au sens où le lecteur pourrait en penser autrement. Or, sans stratégie d'échantillonnage et d'analyse des données, les propos relatés par les parents témoins ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'expérience de la majorité des mères et des pères monoparentaux et doivent être pris pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire une illustration de certaines réalités que peuvent vivre des parents monoparentaux.

Cette nuance est d'autant plus importante du fait d'avoir sélectionné les parents témoins parmi une population clinique (qui consulte une travailleuse sociale et médiatrice familiale), ce qui est susceptible d'amener une surreprésentation de cas lourds dans les témoignages présentés comparativement à la population générale. De plus, bien que les besoins des pères et des mères en regard des enjeux de la monoparentalité puissent aisément comporter des similitudes, une personne au fait des particularités entourant les questions de genre aura l'impression que le chapitre 2 occulte le rapport souvent différencié que les hommes et les femmes entretiennent avec la parentalité. Les rôles de mère et de père sont des construits sociaux qui non seulement amènent un vécu différencié dans la relation parent-enfant, mais modulent également la réponse des différentes institutions sociales concernant les besoins des parents, qu'ils soient monoparentaux ou non. Passer sous silence cet aspect atténue, en quelque sorte, certains besoins des parents solos.

Quoi qu'il en soit, *Parent au singulier. La monoparentalité au quotidien*, de Claudette Guilmaine, est un ouvrage qui se lit aisément et qui sera apprécié tant des professionnels, de leur clientèle que du grand public. À ce titre, le fait qu'aucune connaissance préalable ne soit nécessaire à la compréhension des propos tenus ainsi que le ton très personnel et la rédaction effectuée à la première personne contribuent grandement à cette accessibilité. De plus, cet ouvrage est empreint d'humanisme, notamment parce qu'il place les parents, leurs besoins et leur vécu au centre de l'attention; éléments au cœur des valeurs que défendent les membres de l'Ordre. Il s'agit assurément d'un livre à mettre entre toutes les mains.

Descripteurs :

Monoparentalité // Single parents

par *Gisèle Ampleman, Linda Denis
et Jean-Yves Desgagnés, Presses de
l'Université du Québec, 2012,
294 pages.*

Résumé et commenté par
Stéphane Grenier, Ph. D., T.S.

« Après *Pratiques de conscientisation 1 et 2*, et les treize *Cahiers de la conscientisation*, ce troisième livre est la démonstration que l'approche de la conscientisation est encore bien vivante et pertinente au Québec pour les personnes intéressées à travailler au changement social en alliance avec les personnes ou les groupes opprimés » (p. 258). C'est ainsi que Jean-Yves Desgagné résume si bien cet ouvrage, dans la conclusion qu'il nous propose, en l'inscrivant dans la continuité des pratiques originales développées au Québec, mais aussi dans l'axe fondamental du travail social qu'est la défense des droits des plus démunis de notre société.

Ce livre n'est pas un manuel à proprement parler. Son originalité consiste dans le fait que la parole a été donnée à des praticiens d'expérience qui témoignent. On le remarque d'ailleurs par l'inégalité de la qualité des textes qui nous sont proposés. Cela étant dit, rares sont les livres où autant d'accent est mis sur les textes conçus et écrits par des gens directement issus de la pratique, la réfléchissant et la redéveloppant constamment. C'est peut-être en cela que réside l'originalité de la théorie de la conscientisation : « La conscientisation n'est pas un état, mais un processus qui exige la mise sur pied de collectifs, d'action et de réflexions (...) » (p. 4). Bref, ce livre est un exemple pour tout travailleur social voulant mettre sur pied une véritable communauté de pratique réflexive et engagée.

L'ouvrage comprend trois parties. La première est composée d'une introduction à la théorie et à la pratique de la conscientisation au Québec. Puis, l'auteur du premier chapitre, Jean-Yves Desgagnés, rappelle surtout les fondements théoriques de l'approche et les étapes de son développement au Québec, alors que l'auteure du deuxième chapitre, Sylvie Jochems, enrichit l'approche à partir d'une réflexion culturelle et structurelle sur l'oppression vécue par les femmes.

La deuxième partie, la plus importante du livre, et celle qui sera probablement la plus inspirante pour les travailleurs sociaux en exercice, fait état de différentes expériences de conscientisation dans différents domaines de pratiques. Le chapitre trois présente une conscientisation (holistique) développée par des femmes autochtones vivant en dehors de leur communauté. Le chapitre quatre expose une résistance créative vécue par un groupe de personnes assistées sociales. Ce dernier chapitre est une belle introduction à l'expérience de théâtre d'intervention, expliquée au chapitre 5, qui décrit très bien le processus de conscientisation dépassant les étiquettes et la stigmatisation. Le chapitre 6, quant à lui, présente une expérience personnelle qui implique deux dimensions importantes : la personne et le groupe. Le chapitre 7 résume les difficultés de passage d'une démarche de conscientisation à une démarche partisane politique (de la masse populaire à l'organisation politique). Le chapitre 8 présente les résultats d'une recherche-action-conscientisation visant l'amélioration des services offerts aux personnes qui sont trop souvent stigmatisées, à tort, comme non conciliantes et résistantes en regard des programmes planifiés.

Enfin, la troisième partie de cet ouvrage est un véritable exercice de synthèse des apprentissages tirés des 30 dernières années de pratiques vécues au Collectif québécois de conscientisation. En effet, les chapitres 9 et 10 présentent, outils à l'appui pour qui voudrait

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs
sociaux et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 81-82.**

s'en servir, le processus d'autoformation du Collectif. Dans cet exercice, les auteurs des chapitres présentent « l'approfondissement de leur conscientisation » en alliant réflexions théoriques et expériences pratiques. Cette partie du livre permet de saisir une démarche centrale d'autoformation qui pourrait être transférable dans plusieurs milieux de pratique et qui pourrait facilement servir d'exemple dans plusieurs champs de pratiques du travail social.

En résumé, à qui s'adresse ce livre? À toutes les personnes qui se sentent impuissantes devant la corruption, devant l'exploitation et l'oppression. En fait, ce livre est une bouffée d'espoir devant un monde qui semble de plus en plus laisser tomber les plus démunis de notre société. Il s'adresse donc « aux femmes et aux hommes engagés socialement et convaincus qu'un autre monde est possible. Il s'adresse aux intervenants et aux intervenantes qui s'interrogent sur leur pratique et qui veulent travailler à promouvoir des rapports égalitaires en alliance avec des personnes opprimées » (p. 4). Ce livre ne s'adresse pas aux étudiants collégiaux et universitaires en formation. Ils n'en comprendraient probablement pas le sens. En effet, de l'aveu même de l'auteur du chapitre 7, la formation actuelle en travail social ne prépare pas les étudiants à être des agents de changement, mais plutôt des agents « de contrôle ou de domestication au service des valeurs capitalistes et patriarcales » (p. 164). Ce livre intéressera donc davantage les stagiaires qui pourront s'initier à une perspective moins individualiste et plus critique.

Descripteurs :

Action sociale - Québec (Province) // Social action - Quebec (Province)

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux,

Piste de lecture

par *Simon Lapierre et Dominique Damant*, travailleuse sociale, Presses de l'Université du Québec, 2012, 278 pages.

Résumé et commenté par
Anne-Marie Bellemare, T.S., et
Florence Godmaire-Duhaime, stagiaire

La présente piste de lecture propose une critique de l'ouvrage *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* dirigé par Lapierre et Damant (2012). Ce livre présente le portrait de 12 réalités contextuelles différentes dans lesquelles la maternité peut être vécue. Son objectif est de : « rendre visibles la réalité et l'expérience de la maternité dans différents contextes sociaux; faire le point sur les connaissances théoriques et empiriques dans ce domaine; cerner les enjeux relatifs au développement des politiques sociales et des pratiques institutionnelles et communautaires; [et d'ouvrir] des espaces de questionnement concernant la construction sociale de la maternité dans les sociétés occidentales » (p. 2).

Cet ouvrage déconstruit le modèle normatif de la « bonne mère » euro-canadienne blanche, hétérosexuelle et aisée qui s'épanouit dans une maternité sacrificielle, sans aide et sans difficulté, en laissant voir des réalités alternatives, souvent taboues, qui sont mal servies par ce modèle. Dans un choix audacieux et très intéressant, le premier chapitre, écrit par Joubert, traite de la réalité des femmes qui choisissent de ne pas être mères et qui doivent justifier leur choix dans une société qui laisse entendre que la maternité est l'unique façon pour les femmes de s'épanouir.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 83-84.

Quatre chapitres touchent ensuite la périnatalité. Bayard propose un article traitant des enjeux relatifs à l'allaitement, alors que Flynn et Brassard se penchent sur la maternité autochtone dans un Québec postcolonial. Ces chapitres offrent une lecture critique de plusieurs éléments des contextes culturels, historiques et sociaux qui n'agissent jamais de façon neutre et qui, de fait, exercent une pression sur les mères. Ils permettent d'aborder et de comprendre ou du moins de s'ouvrir à deux discours marginaux dans la littérature et la société et invitent les intervenants en périnatalité à la réflexivité, notamment quant à l'ethnocentrisme. Evans, Mason et Berman ainsi que Poirel et Dufort traitent ensuite respectivement de la maternité des femmes ayant vécu des traumatismes et des femmes vivant une détresse postnatale. Par ces chapitres, l'ouvrage invite à une réflexion sur le passage parfois fort complexe à la maternité, qui peut être marqué d'ambivalence et d'insécurité. L'article sur la détresse postnatale, ou « dépression postnatale », offre une perspective critique développée sur l'usage de psychotropes et attire l'attention sur des pratiques alternatives et novatrices, notamment l'intervention communautaire et l'intervention psychanalytique du Dr Delassus.

Cet ouvrage présente également la réalité de mères dont les enfants vivent avec un handicap ou ont subi une agression sexuelle. Il témoigne d'une réalité sexuée qui fait reposer une responsabilité disproportionnée sur les mères en occultant la complexité de leurs situations et de leurs besoins. Le chapitre sur les mères d'enfant handicapé de Home présente un intérêt certain en donnant la parole aux femmes qui vivent ces situations. Le chapitre sur les mères non-agresseuses d'enfants abusés sexuellement écrit par Krane et Carlton expose l'évolution du concept de la mère négligente – à blâmer – à la mère protectrice – à soutenir – sous une perspective féministe revisitée. La protection de l'enfant demeure centrale tout au long de ce chapitre qui encourage le partage de cette

responsabilité. Les deux articles soulignent l'importance du travail structurel pour favoriser l'accessibilité aux services sans subir de blâmes et offrent des outils pour une pratique plus nuancée et plus complexe de l'intervention.

Le sujet méconnu des mères sans domicile fixe est abordé dans deux chapitres. Le chapitre de Krane et Carlton touche la réalité particulière des femmes qui doivent exercer leur rôle de mère en maison d'hébergement. Celui-ci propose une vision nuancée des défis d'une maternité en public, d'une part, et de la position délicate des intervenantes travaillant avec ces familles, d'autre part. Invitant à s'ouvrir à l'exercice du rôle de mère pouvant s'exprimer « de façon qui n'est ni calme, ni égalitaire » (p. 202) pour véritablement créer un refuge pour les familles, ce chapitre saura susciter d'intéressantes discussions dans les équipes d'intervention en maison d'hébergement. Le chapitre de Benbow documente le phénomène de la maternité en contexte d'itinérance (visible ou invisible). Porteur d'espoir, il met l'accent sur les forces déployées par les mères pour protéger leur enfant malgré ce contexte d'itinérance, souvent conjugué à d'autres difficultés, ainsi que sur les diverses façons de devenir alliés de ces mères, en mettant de l'avant la contextualisation des soins et la défense des droits.

Dans le même sens, le chapitre de Bédard, abordant dans une perspective féministe critique la réalité des mères toxicomanes propose des alternatives à la répression, adaptables à divers contextes d'intervention. Soulevant des questions éthiques, il propose d'agir dans le sens de la gestion des risques et de la promotion des droits pour soutenir ces femmes et favoriser le lien mère-enfant.

Le dernier chapitre, écrit par Lapierre, Krane, Damant et Thibeault, discute de la maternité en contexte de négligence à l'endroit des enfants. Ce texte offre des pistes de réflexion importantes sur la féminisation de la question de la négligence. Il propose trois stratégies, soit le soutien aux familles négligentes, la prévention et l'intervention précoce, et la culture d'une vision plus large de la problématique favorisant l'implication des hommes et les défis qui y sont liés, et ce, de façon réaliste.

Ce livre critique est axé sur l'espoir : les auteurs rappellent que des changements sont possibles

et s'effectuent graduellement. Ces changements passeraient notamment par la reconnaissance de la diversité des expériences de la maternité, ce qui atteste de l'importance de l'ouvrage dans le contexte actuel.

En somme, le livre répond à ses objectifs. Il rend visibles différentes perspectives de la maternité « à l'extérieur du moule » et constitue un excellent tremplin pour saisir la complexité des systèmes qui touchent et composent ces expériences variées de la maternité. Il représente un espace de parole pour des femmes et des intervenantes qui sont imprégnées de ces contextes. En plus des contextes exposés, il aurait été intéressant de laisser une place à l'expression des réalités de la maternité en contexte multiethnique ou à la parentalité en contexte migratoire.

Accessibles tout en étant rigoureux, nuancés et denses, les articles qui composent ce livre sont riches en références récentes pour celles et ceux désirant approfondir l'un ou l'autre des sujets. La forme des chapitres, courte et condensée, est adaptée au contexte de pratique de nombreux intervenants que l'ampleur de la tâche peut tenir éloignés des bibliothèques. De plus, le fait qu'une grande partie des chapitres sont centrés sur la réalité québécoise présente un intérêt pour les intervenants qui travaillent avec les familles au Québec.

Ce livre pose des questions éthiques pertinentes et propose des réflexions intéressantes sur celles-ci. Il suscite la réflexivité, notamment relativement aux schèmes de pensée sur la maternité qui sont portés et véhiculés dans les interventions. Il présente un intérêt certain pour la pratique dans différents domaines relatifs ou connexes à la maternité et à la famille. Le ton des chapitres invite au questionnement, à l'espoir et à l'optimisme, en offrant un espace déculpabilisant pour les mères, en mettant l'accent sur la reconnaissance de leurs forces, en reconnaissant la complexité de la pratique dans les divers contextes exposés, et en proposant des pistes d'intervention réalistes et adaptables, novatrices et parfois audacieuses.

Descripteurs :

Maternité // Motherhood

Tenir! Les raisons d'être des travailleurs sociaux,

Piste de lecture

par Jean-François Gaspar,
La découverte, 2012, 298 pages.

Résumé et commenté par
Yves Couturier, Ph. D.

Ce très intéressant livre porte sur la question suivante : comment les travailleurs sociaux font-ils pour tenir alors qu'ils travaillent au quotidien sur les diverses facettes de la souffrance humaine et que leurs conditions de travail sont elles-mêmes sources de souffrance professionnelle? L'auteur répond à cette question en mobilisant deux types de matériaux : le premier, des données provenant d'un travail de terrain réalisé auprès de travailleurs sociaux belges francophones; le second, un important appareillage théorique tiré de la sociologie française du travail social, de la domination et du contrôle social (Bourdieu, Castel, Ion, etc.). Le livre se structure autour de trois figures identitaires en travail social, soit la figure du travailleur social clinicien, celle du travailleur social militant, puis celle du travailleur social normatif (celui qui accepte en gros la mission de contrôle social qui lui est imposée). Chacune de ces figures identitaires développe ses stratégies de gestion des injonctions au contrôle social, en tension avec un projet affirmé pour les deux premières figures de contribuer au changement social, qu'il soit de petite ou de grande portée. Le livre montre de manière convaincante comment ces stratégies sont, somme toute, peu efficaces, ce qui tend à enfermer les travailleurs sociaux dans une impossibilité relative d'incarner le projet de changement social. La souffrance au travail devient alors centrale.

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 139 (2013.2) : 85-86.

Le livre reprend donc la problématique classique en Europe francophone du travail social impossible, produisant un discours de la plainte, sur et dans la profession. Le lecteur qui voudra trouver une synthèse du point de vue de la sociologie française sur le travail social trouvera un livre bien écrit et convaincant à ce propos. Mais il ressentira un écart entre ce qu'il connaît du métier au Québec et ce qu'il lira. Cet écart découle de la différence de statut entre les deux contextes. Par exemple, alors que l'Amérique du Nord compte près de 200 doctorats en travail social, des revues scientifiques nombreuses, des associations professionnelles reconnues, la France est encore sous un modèle de formation professionnelle pour l'essentiel hors des universités (Couturier et Turcotte, à paraître). Cela a pour effet que le discours scientifique sur le travail social est directement produit par la sociologie ou par des travailleurs sociaux ayant cherché à « s'ennoblir » par une formation de cycle supérieure en sociologie. La postface du livre écrit d'ailleurs à ce propos que « La sociologie a vocation à être un savoir de référence du travail social » (p. 283). En ce sens, le livre est en droite ligne d'une littérature sociologique sur le travail social des années 1970 et suivantes. Cette tradition, quasi unique à la France, vaut moins dans le reste du monde où le travail social est reconnu comme une discipline autonome. Par exemple, au Québec, il y a une reconnaissance de la discipline par la constitution d'un ordre professionnel et des unités de formation autonomes, même si dans cette discipline, comme pour d'autres, les emprunts à des disciplines plus anciennes comme la sociologie sont fréquents. Cette tradition française est renforcée par la faible reconnaissance académique et politique de la profession (absence d'un ordre professionnel). Cela explique pourquoi le travail social est très souvent, comme c'est le cas ici, analysé comme une discipline dominée et, *de facto*, incapable de se penser par elle-même.

Ce livre est donc très utile pour réfléchir sur les conditions sociales de la domination du travail

social et sur la difficulté à penser un projet de changement social, porteur par exemple de gestes professionnels favorisant *l'empowerment* des usagers accompagnés en travail social. Mais il faudra lui adjoindre d'autres lectures, moins pessimistes, plus sensibles aux diverses contributions du travail social à une société plus juste par leur action. Malgré l'écart entre les deux contextes, mais peut-être en raison de cet écart, le lecteur québécois trouvera une source de réflexion importante sur les difficultés qui demeurent tout de même présentes au Québec quant à l'affirmation et à la reconnaissance de ce groupe professionnel.

Descripteurs :

Travailleurs sociaux // Social workers

Référence

Couturier, Y., et Turcotte, D. (à paraître). Le travail social et la recherche au Québec, dans M. Jaeger (coord.). *Le travail social et la recherche*. Paris : Dunod.

Politique éditoriale

La revue *Intervention* est publiée deux fois par année par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Elle est destinée tant aux intervenants, aux chercheurs, aux enseignants qu'aux étudiants en travail social et en thérapie conjugale et familiale. La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et il est possible de s'abonner ou d'en acquérir des exemplaires en faisant la demande par courriel à : lborne@otstcfq.org 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 **des lecteurs** du comité de la revue qui en font une évaluation. Par la suite, la décision de publier ou de refuser un article est prise par le comité de la revue qui peut au besoin consulter des experts externes.

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec offre aux auteurs un exemplaire gratuit du numéro d'*Intervention* auquel ils ont contribué.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser au :

Secrétariat de la revue *Intervention*
Ordre des travailleurs sociaux et des
thérapeutes conjugaux et familiaux
du Québec
255, boulevard Crémazie Est, bureau 800
Montréal (Québec) H2M 1L5
Téléphone : 514 731-3925, poste 228
Ligne sans frais : 1 888 731-9420
Télécopieur : 514 731-6785
Courriel : lborne@otstcfq.org
Site Web : www.otstcfq.org

NB : Un *Guide de rédaction* est disponible sur demande.

Intervention Journal is published twice a year by the *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (OTSTCFQ). Its contents are of interest to professionals active in the various areas of social work, including field workers, researchers, and teachers as well as students in social work and couples and family therapy. It is distributed free of charge to members of the OTSTCFQ and is also available by subscription. Copies can be requested by email at lborne@otstcfq.org 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 **readers** on the Journal's Editorial Committee who will determine their suitability for publication in *Intervention*. Thereafter, a decision as to whether or not to publish an article will be made by the Editorial Committee, which may consult outside experts, if required.

The OTSTCFQ offers contributing authors one complimentary copy of the issue of *Intervention* in which their article appeared.

For more information or to submit an article, please contact:

Intervention Journal Coordination
Ordre des travailleurs sociaux et des
thérapeutes conjugaux et familiaux
du Québec
255 Cremazie Blvd. East, Suite 800
Montreal, Quebec H2M 1L5
Telephone: 514 731-3925, ext. 228
Toll-free: 1 888 731-9420
Fax: 514 731-6785
Email: lborne@otstcfq.org
Web site: www.otstcfq.org

N.B. A guide to assist writers in preparing articles for *Intervention* is available upon request.

DÉFIS ACTUELS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES ET DES FAMILLES

À plusieurs niveaux, la famille nous interpelle. D'abord, parce que nous sommes le produit d'une famille mais, à plus forte raison, parce que la famille a toujours été au cœur des interventions des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. La famille n'est pas que le théâtre de drames ou de dynamiques dysfonctionnelles, au contraire! Premier lieu de socialisation, on peut y voir l'expression de solidarités tissées serrées. En ce sens, pour les intervenants, aider une famille, c'est aider plusieurs individus à se serrer les coudes et les outiller pour traverser les aléas de l'existence. C'est dans cette perspective que le comité de la revue *Intervention* souhaite lancer le présent appel de contributions autour des défis actuels de l'intervention auprès des couples et des familles.

Au cours des dernières décennies, la famille et son noyau, le couple, ont connu de profondes transformations. En effet, la famille dite « nucléaire-biparentale » est en véritable explosion. Cela signifie que les repères de la famille connaissent une diversification et un élargissement sans précédent. Aujourd'hui, elle peut être biparentale, monoparentale (avec une mère à sa tête ou parfois avec un père), en garde partagée ou de fin de semaine, recomposée, multigénérationnelle, adoptive, d'accueil, homoparentale, etc. Tous ces modèles familiaux présentent de nombreux défis, tant pour les personnes qui les vivent au quotidien que pour les professionnels qui les accompagnent, notamment parce que la famille dite « nucléaire-biparentale » sert toujours de modèle de référence, créant des pressions normatives sur les individus vivant selon d'autres modèles.

Le contexte sociétal actuel doit également être considéré. Les récents discours tendant à promouvoir des valeurs de responsabilité individuelle au détriment de la collectivisation des risques sociaux, le désengagement de l'État en matière de services de santé et de services sociaux ou encore la privatisation croissante des soins de santé ne sont pas sans conséquences sur les familles. À titre d'exemple, décideurs et gestionnaires semblent peu considérer que ces transformations se traduisent peut-être par l'augmentation du fardeau des familles comptant des personnes vulnérables en leur sein (personnes âgées, enfants avec des besoins particuliers, adultes atteints de troubles mentaux ou de déficience intellectuelle, etc.).

Pour ce qui est de la vie des individus au sein de la famille, différents sujets ou problématiques d'intervention sociale interpellent directement les membres de l'ordre : aide aux familles vulnérables, accompagnement en petite enfance et en périnatalité, développement des compétences parentales, intervention dans les situations de violence conjugale ou familiale, protection de la jeunesse, ruptures d'union et médiation familiale, etc. De plus, il est à noter que les rôles parentaux se sont transformés. Il suffit de penser à ces mères qui, de plus en plus présentes sur le marché du travail, se retrouvent au cœur de plusieurs tensions liées à la « conciliation travail-famille » ou encore à ces pères qui revendiquent plus de place auprès de leurs enfants, encouragés notamment par les congés de paternité. Malgré cela, il y a loin de la coupe aux lèvres : encore une fois, les modèles traditionnels constituent la norme.

Récemment, dans leur pratique auprès des couples et des familles, certains travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux ont également élargi le champ de l'intervention en œuvrant auprès des proches de personnes en difficulté psychosociale. En abordant ceux-ci en tant que systèmes, soit comme des ensembles au sein desquels un élément en difficulté a un impact sur tous, ces professionnels souhaitent aider les membres de ces familles à mieux comprendre ce qu'ils vivent, les outiller pour mieux se protéger des méfaits engendrés par la situation de leur proche, briser l'isolement dans lequel ils se trouvent, leur permettre de prendre un temps d'arrêt pour conscientiser leurs besoins et les combler sainement, et bien plus. Concrètement, ces pratiques sont mises en œuvre dans des milieux qui s'adressent aux proches de personnes ayant une dépendance au jeu ou aux substances psychoactives, aux proches de personnes atteintes de troubles de santé mentale, aux familles de militaires ayant vécu des traumatismes, aux proches aidants de personnes malades ou aux familles de personnes en fin de vie, pour ne nommer que ceux-là.

Il apparaît sans équivoque que les milieux de pratique publics, privés ou communautaires des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux rejoignent l'une ou l'autre des multiples formes d'intervention touchant les couples et les familles. Pour ce numéro thématique, nous sollicitons des textes qui permettront de découvrir les différentes facettes, les particularités et les enjeux de ces diverses pratiques. Nous invitons les travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux de même que les professionnels d'autres domaines de la relation d'aide à nous faire part de leurs expériences habituelles ou extraordinaires auprès de ces clientèles, de leurs observations sur la façon dont sont affectées les familles lorsque l'un de leurs membres est aux prises avec une difficulté psychosociale, des approches et des modèles d'intervention novateurs, etc. De plus, nous souhaitons voir des chercheurs nous transmettre les résultats de leurs travaux concernant les meilleures pratiques en intervention auprès des couples, des familles ou des proches, l'effet de certaines approches d'intervention, l'impact de réalités sociales actuelles sur les couples, les familles et les professionnels qui leur viennent en aide.

Nous attendons avec intérêt vos contributions sur ce thème qui nous interpelle tant personnellement que professionnellement!

Martine Beaulieu, M.S.s., T.S., et Éric Couto, T.S., Ph. D.
Pour le comité de la revue *Intervention*

**DATE LIMITE DE RÉCEPTION SOUHAITÉE
POUR SOUMETTRE LES ARTICLES LE 15 JUIN 2014**

Claude Larivière, T.S., coordonnateur
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
255, boulevard Crémazie Est, bureau 800
Montréal (Québec) H2M 1L5
Tél. : 514 731-3925, poste 228; sans frais 1 888 731-9420
Courriel : revue.intervention@otstcfq.org

“CURRENT CHALLENGES IN COUPLES AND FAMILY INTERVENTION”

Family involves us on a number of levels. First, because we are the product of a family, but more importantly, because the family has always been at the core of interventions by social workers and couples and family therapists. The family is not only a stage where drama or dysfunctional dynamics play out. On the contrary! The site of our initial socialization, it is where strong ties are woven. This means that, for workers in our fields, to help a family is to help a number of individuals pull together and obtain the tools needed to get through life’s difficulties. It is in this perspective that the *Intervention Journal* committee launches this call for contributions on current challenges in couples and family intervention.

Over the past few decades, the family and its core couple have changed dramatically. In fact, the so-called “two-parent nuclear family” is in the throes of explosive change. This means that the markers that define “family” are undergoing unprecedented diversification and expansion. Today, a family can be two-parent, single-parent (headed by a mother or, at times, by a father), with joint or weekend custody, blended, multigenerational, adoptive, foster, LGBT, etc. These family models present a number of challenges for those who experience them on a daily basis and for the professionals who work with them, particularly because the so-called “two-parent nuclear family” continues to be the model of reference, creating normative pressures on individuals involved in other models.

The current social context must also be considered. Recent rhetoric that tends to promote values of individual responsibility to the detriment of the collectivization of social risks, the state’s withdrawal from health and social services, and the growing privatization of health care are not without consequence for families. For example, decision-makers and managers appear unconcerned by the possibility that these changes could translate into an increased burden on families with vulnerable members (elderly persons, special-needs children, adults with mental problems or an intellectual disability, etc.).

With regards to the life of individuals within the family, different problems or areas of social intervention are of direct concern to members of the Order: help to vulnerable families, early childhood and perinatal assistance, development of parenting skills, intervention in situations of conjugal or family violence, youth protection, relationship breakups and family mediation, etc. It should be noted that parental roles have changed. We only have to think of mothers, who are increasingly present in the work force, and who find themselves at the heart of a number of tense situations arising from the need to juggle work and family, or fathers who, encouraged by paternity leaves, want to play a greater role in their children’s lives. Here again, much work remains to be done since traditional models continue to be the norm.

In their dealings with couples and families, some social workers and couples and family therapists have recently expanded their field of intervention to include individuals close to persons with psychosocial issues. By addressing these as a system, they seek to help members of affected families to better understand what they are experiencing, provide them with the tools needed to better protect themselves against the harm the situation does to their loved one, break their isolation, allow them to take a step back to reflect on their needs and meet them in a healthy fashion, and more. Concretely, these practices are implemented in environments addressing people with substance abuse or gambling problems, as well as caregivers and others close to people suffering from mental or physical health problems, the families of military personnel suffering from trauma, or persons nearing the end of their life, to name but a few.

There is an apparent convergence between areas of public, private or community practice in which social workers and couples and family therapists are involved and one or more forms of intervention with couples and families. For this thematic issue, we are asking for articles that will enable us to

uncover the different facets, particularities and issues related to these various areas of practice. We invite social workers, couples and family therapists, as well as professionals in other fields of care to share with us their regular or extraordinary experiences with these client groups, their observations on the way families are impacted when one of their members struggles with psychosocial problems, innovative intervention approaches and models, etc. We would also like researchers interested by the topic to share with us the results of their work relating to the best intervention practices with couples, families or those near and dear to them, the effects of certain intervention approaches, the impact of current social realities on couples, families, and the professionals who seek to help them.

We await, with great interest, your contributions on this theme, which concerns us both personally and professionally!

Martine Beaulieu, M.S.W., S.W. and Éric Couto, M.S.W., S.W.
For the *Intervention* Journal Committee

**DESIRED DEADLINE FOR RECEPTION OF
SUBMITTED ARTICLES: JUNE 15, 2014**

Claude Larivière, S.W., Coordinator

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
255 Cremazie Blvd. East, Suite 800
Montreal, Quebec H2M 1L5
Tel.: 514 731-3925, ext. 228; toll-free 1 888 731-9420
Email: revue.intervention@otstcfq.org

