Document generated on 07/19/2025 2:27 p.m.

Nouvelles pratiques sociales

Problématiques psychosociales et notion de « risque » : une perspective critique

Michèle Clément and Hector Ouellet

Volume 5, Number 1, Spring 1992

Santé mentale

URI: https://id.erudit.org/iderudit/301161ar
DOI: https://doi.org/10.7202/301161ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)
1703-9312 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Clément, M. & Ouellet, H. (1992). Problématiques psychosociales et notion de « risque » : une perspective critique. *Nouvelles pratiques sociales*, *5*(1), 113–127. https://doi.org/10.7202/301161ar

Article abstract

Les notions de « risque », de « groupes à risque » et de « clientèles à risque » sont présentement au centre d'une restructuration des politiques de services. Il existe cependant des difficultés importantes à les opérationnaliser au plan de l'intervention. En retraçant l'origine de ces notions et le modèle d'analyse qu'elles sous-tendent, les auteurs discutent des problèmes qu'il y a à transférer ces concepts dans le champ du psychosocial.

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université du Québec, 1992

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Problématiques psychosociales et notion de « risque » : une perspective critique

Michèle CLÉMENT *et Hector* OUELLET[1]
Centre de recherche sur les services communautaires

Les notions de « risque », de « groupes à risque » et de « clientèles à risque » sont présentement au centre d'une restructuration des politiques de services. Il existe cependant des difficultés importantes à les opérationnaliser au plan de l'intervention. En retraçant l'origine de ces notions et le modèle d'analyse qu'elles sous-tendent, les auteurs discutent des problèmes qu'il y a à transférer ces concepts dans le champ du psychosocial.

1. Cet article a été rédigé lors de la préparation d'un document beaucoup plus vaste, (voir CLÉMENT 1990). Michèle Clément est professionnelle de recherche au Centre de recherche sur les services communautaires. C'est à elle que revient le mérite d'avoir réalisé l'essentiel des travaux de documentation, de conceptualisation et d'avoir procédé à une première rédaction de ce document. Les tâches de conception et de direction du projet ont relevé de Hector Ouellet. Ce projet a, de plus, profité de la collaboration de Mme Pauline Gingras (CLSC Basse-Ville), de Mme Lucille Rocheleau (Fédération des CLSC), de Mme Louise Poirier-Magasouba (CLSC Partage-des-Eaux), ainsi que de M. André Plamondon (CLSC Les Forges). Plus d'une trentaine de CLSC ont par ailleurs participé au financement de l'étude.

Au cours des dernières années, le système de santé et de services sociaux s'est vu proposer de faire des notions de risque et de clientèles à risque le principe organisateur de son action. À titre d'exemple, on peut rappeler que le *Rapport* du Comité d'analyse et de réflexions sur les services dispensés dans les CLSC (Comité Brunet, 1987) a fait de ces deux notions l'objet de ses principales propositions pour les CLSC ; le *Rapport* de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon, 1988) en a aussi fait une utilisation extensive en y ajoutant des notions apparentées. Plus récemment, ces concepts réapparaissaient de nouveau dans le document intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* (Gouvernement du Québec, 1990).

De prime abord, ces notions et l'orientation fondamentale qu'elles sous-tendent sont apparues tout à fait séduisantes : elles devaient en effet fournir les moyens d'établir des priorités parmi les activités de services et de centrer les interventions sur les clientèles qui en ont le plus besoin. Au plan de la pratique, cependant, on ne peut que constater l'ampleur des difficultés éprouvées par les établissements et leurs intervenants à opérationnaliser ces notions et à les utiliser dans leur programmation. De là, notre préoccupation : se pourrait-il que les difficultés des établissements de services à travailler avec de telles notions tiennent au fait que ces dernières s'appliquent mal aux problématiques psychosociales ? C'est là l'objet de l'analyse qui va suivre. Après avoir fait le point sur l'utilisation actuelle des notions de « risque » et de « clientèles à risque » dans le système québécois de santé et de services sociaux, nous retracerons l'origine des concepts pour discuter ensuite des difficultés que l'on connaît à les appliquer à des problématiques psychosociales.

LA NOTION DE « RISQUE » DANS LA RESTRUCTURATION DES POLITIQUES SOCIALES

Le Québec, comme l'ensemble des pays industrialisés, a connu une croissance économique rapide durant les trois décennies qui ont suivi la guerre de 1939-1945. Au plan social, ce développement s'est traduit par une intervention de plus en plus grande de l'État et par l'acquisition de droits venant sanctionner la nécessité de pallier collectivement les inégalités inscrites dans les structures même de la société (Commission Rochon, 1988 : 142). L'adoption d'un régime national et universel d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation viendra témoigner, entre autres, de l'engagement de l'État face aux différents risques sociaux et de santé.

À partir du milieu des années 70, le ralentissement de l'activité économique, l'augmentation des taux de chômage et la croissance des dépenses pu-

bliques vont amorcer le mouvement de retour du pendule. Les coûts des programmes sociaux et de santé deviennent de plus en plus lourds à supporter et les sources de revenus publics s'amenuisent. Dès lors, l'efficience deviendra une préoccupation majeure. Du même coup, les analyses contemporaines mettront en lumière le fait que le système de santé et de services sociaux, pourtant universel et gratuit, n'est pas parvenu à réduire, sur les plans de l'état de santé et de l'accès aux services, les disparités entre les différents groupes de la population (Commission Rochon, 1988 : 142). C'est ainsi que tout en maintenant le principe d'universalité à la base de notre système, on fera valoir la nécessité de concentrer les ressources et les énergies sur ceux qui en ont le plus besoin. L'ensemble de ces préoccupations se concrétiseront finalement par les notions de clientèles à risque (*Rapport Brunet*) et de population vulnérable (*Rapport Rochon*) qui mettent en place les prémisses nécessaires à une éventuelle restructuration des services. Cette orientation sera par la suite officiellement appuyée par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui fera connaître, en avril 1989 et en décembre 1990, les lignes directrices qu'il entend adopter en matière de santé et de services sociaux par la publication de deux documents : *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations* (Gouvernement du Québec, 1989) et *Une réforme axée sur le citoyen* (Gouvernement du Québec, 1990). Dans ces deux documents, notamment, on fera valoir que « [...] la notion de bien-être conduit nécessairement à privilégier une approche axée sur des groupes cibles, plus vulnérables en raison de diverses conditions » (Gouvernement du Québec, 1989 :19).

La façon d'opérationnaliser cette orientation est cependant restée imprécise dans les deux documents tout comme elle l'est d'ailleurs dans le *Rapport Brunet*. Dans aucun des cas, on a indiqué les modalités selon lesquelles pourraient s'élaborer les programmes orientés vers les groupes ou les clientèles à risque. Le Comité Brunet qui en a fait le point central de ses recommandations a lui-même été très discret sur cette notion se contentant, en bonne partie, de la définir par la négative en indiquant que les risques ne sont pas réductibles à la pauvreté :

> Le niveau socio-économique n'est pas le seul facteur engendrant la vulnérabilité chez les individus. Les situations de vie avec de la violence, des abus sexuels, des problèmes de santé mentale, des handicaps physiques et intellectuels, ne sont pas réservées aux classes économiquement défavorisées (Comité Brunet, 1987 : 41).

D'autres ambiguïtés caractérisent le *Rapport* du Comité Brunet comme tous les autres rapports qui suivront d'ailleurs. Certaines tiennent aux notions utilisées. On parlera indifféremment, par exemple, de « populations à risque », de groupes « les plus vulnérables », de « situations familiales difficiles » ou encore de « difficultés psychiques ou émotives » sans pour autant préciser le type

de vulnérabilité dont il est question. Les autres ambiguïtés tiennent aux directives données quant aux champs d'intervention à privilégier pour lesquels, du reste, on aura carrément occulté les difficultés d'application et d'opérationnalisation.

Prenons l'exemple des « jeunes en difficulté ». Le Comité Brunet propose que les CLSC développent, à leur égard, des activités d'éducation, d'information collective et de sensibilisation. Mais comment savoir combien et qui, parmi ces jeunes, sont « à risque » ? Et à risque de quoi ? De quels indicateurs pouvons-nous disposer ? L'impossibilité de répondre à ces questions, il faut le noter, entraîne l'impossibilité de cibler l'intervention sur ceux qui en ont le plus besoin. Nécessairement, il en découlera aussi soit une intervention de type préventif et non ciblée auprès de l'ensemble de la population des jeunes, soit une intervention de type curatif auprès des seuls jeunes déjà aux prises avec ces difficultés. Le problème du suicide est ici particulièrement révélateur :

> Pour ramener le taux de suicide à des proportions acceptables (dans une région), une façon de concevoir l'intervention consisterait à dépister les personnes à risque de se suicider, pour qu'elles soient « soumises » à l'intervention des services spécialisés dans le domaine. À titre indicatif, le dépistage de 60 suicidaires pour une population de 300 000 personnes, équivaut à retrouver, dans chaque tranche de 5 000 personnes distribuées au hasard, non pas celles qui songent à se suicider, ni même celles qui font des tentatives à cet effet, mais celles qui ont la détermination de réussir dans leur tentative ; d'où la question : « Existe-t-il des facteurs de risque de se suicider qui soient à la fois suffisamment étanches et perceptibles pour discriminer une personne sur 5 000 et, par surcroît, à un moment crucial se situant quelque part sur une période d'un an environ. Sinon, comment alors prévenir le suicide pour le ramener à des proportions acceptables ? (Côté, 1989 : 5).

Cet exemple démontre à quel point il peut être difficile d'implanter dans la pratique une orientation vers les groupes ou les clientèles à risque. Par conséquent, on peut dire aussi que cette orientation s'apparente davantage à un principe d'action, congruent par ailleurs avec l'objectif général de réduire les inégalités sociales, qu'à un plan d'action global et intégré où, par exemple, seraient précisées la façon de reconnaître les clientèles à risque, les aspects les plus importants à considérer ainsi que le « comment intervenir ».

Au-delà des ambiguïtés véhiculées par cette orientation, une question centrale demeure : la notion même de risque peut-elle s'appliquer au domaine des services sociaux et psychosociaux ? De par ses origines, cette notion est étrangère à ce champ de services. C'est de là, croyons-nous, que viennent les difficultés à l'opérationnaliser dans le domaine du social.

L'ORIGINE DES NOTIONS DE « RISQUE » ET DE « CLIENTÈLES À RISQUE » : QUELQUES NOTES SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE, SES CONCEPTS ET SES MÉTHODES D'ANALYSE

Définitions et champs d'étude

La notion de risque a été introduite par l'épidémiologie. De par son objet essentiel, cette science « [...] étudie la distribution des problèmes physiques et mentaux dans la population et analyse les facteurs qui déterminent cette distribution » (Pineault et Daveluy, 1990 : 25). À ses débuts, cette discipline s'est distinguée par l'intérêt qu'elle portait aux maladies transmissibles causées par un agent spécifique (directement observable) touchant certains hôtes dans un environnement particulier (Dab, 1989). Sa principale préoccupation consistait donc à relever les liens causals de la maladie. Peu à peu, son champ d'étude va toutefois s'étendre jusqu'aux maladies non transmissibles et chroniques sur lesquelles on transposera, avec quelques modifications, le modèle initial de causalité. On est ainsi passé d'une problématique centrée sur la « cause » (lorsque cette dernière est présente, l'effet existe et, inversement, lorsqu'on la supprime l'effet disparaît), à une autre centrée sur la probabilité : « l'effet existe plus souvent quand la cause est présente que quand elle ne l'est pas » (Goldberg, 1982 : 61). Pour désigner ce nouvel entendement, la notion de risque est aussi venue se substituer à la notion de « cause » et, avec elle, apparaîtront plusieurs notions dérivées telles que facteurs de risque, population à risque, etc.

Du point de vue de sa définition, la notion de risque possède à la fois une composante objective (une probabilité) et une composante subjective (un danger perçu) (Dab,1989 : 18). Ce qui est en fait exprimé par une telle notion, c'est la probabilité de subir une issue déterminée et généralement adverse (maladie, affection, accident, mort, etc.). Le risque est par conséquent une mesure de probabilité statistique entre un facteur donné (facteur de risque) et une situation prévisible (conséquence).

À l'instar de la notion même de risque, celle de facteurs de risque est définie en termes purement probabilistes. Lelouch présente le facteur de risque comme étant : « [...] tout critère dont dépend [...] la probabilité de survenue d'un événement » (Goldberg, 1982 : 58). Ainsi, bien que l'on ne doive jamais préjuger de leur lien causal, chacune des variables liées statistiquement à un événement de santé peut être considérée comme un facteur de risque. Par ailleurs, il existe différents facteurs de risque. Ce peut être une condition physiologique (sexe, âge, patrimoine génétique, etc.), une pathologie (diabète,

hyperglycémie), une habitude de vie (tabac, alimentation), un environnement spécifique (milieu de travail, milieu urbain), une caractéristique socio-économique (profession, statut matrimonial, revenu), etc. (Dab, 1989 : 19). Généralement, on s'accorde cependant pour dire qu'ils se regroupent autour de trois axes : les facteurs biologiques, les facteurs liés à l'environnement (physique, socioculturel) et les facteurs liés aux habitudes de vie.

Le risque se distingue donc du facteur de risque en ce que le premier traduit la probabilité élevée de l'éventualité d'un événement généralement défavorable, tandis que le second est assimilable à la caractéristique ou à la situation qui rend prévisible cet événement.

La vulnérabilité, pour sa part, est un concept voisin de celui de risque et, dans la littérature scientifique, il n'est pas rare que les deux termes soient pris l'un pour l'autre. Certains auteurs ont cependant établi des distinctions entre eux. À notre connaissance, cette notion a principalement été développée dans les études épidémiologiques et dans les études s'intéressant à la problématique de la santé mentale. Dans la perspective épidémiologique, la vulnérabilité renvoie, *stricto sensu*, à la susceptibilité d'une personne (ou d'un groupe) d'être atteint par la maladie. Il s'agit en fait de la plus ou moins grande sensibilité d'un individu, d'un groupe ou d'une population, face aux situations adverses. La Commission Rochon propose cependant une perception un peu différente de cette notion en la présentant comme :

> [...] l'ensemble des conditions qui font qu'un sous-ensemble d'individus dans une population particulière sont susceptibles de présenter des problèmes sérieux dans certaines situations adverses, devant le danger et la malchance (Commission Rochon, 1988 : 125).

L'état de vulnérabilité dépend donc d'un certain nombre de caractéristiques interdépendantes (biologiques, génétiques, environnementales, psychosociales, etc.) (Backet *et al.*, 1984 : 1), et renvoie au fait qu'en présence de conditions comparables, certaines personnes seront plus facilement atteintes que d'autres, parce qu'elles sont tout simplement plus sensibles à la maladie que d'autres (par exemple, les personnes âgées) (Perloff, 1985 : 27). La vulnérabilité, tout comme le risque et les facteurs de risque, est finalement un concept qui ne présenterait aucun intérêt en soi, s'il ne permettait de remonter jusqu'aux sujets qu'il met en jeu.

En dernier lieu, il importe donc de s'interroger sur les individus ou les populations qui sont soumis à différents facteurs de risque ou, encore, qui se retrouvent en situation de vulnérabilité.

Il faut souligner toutefois, qu'il n'existe aucun consensus sur la signification des termes individu(s) et population(s) « à risque ». Comme le soulignent à

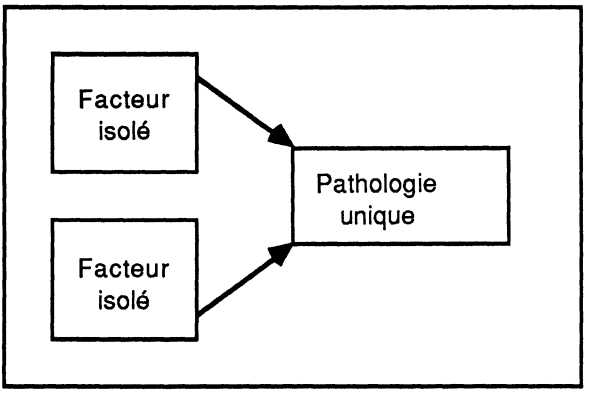
juste titre Janicek et Cléroux (1982), ces termes renvoient à diverses réalités. Lorsque pris dans un sens très large, ces termes réfèrent à la population exposée à un facteur donné, lequel facteur peut être relié, sur le plan étiologique, à la maladie. Il s'agit alors du risque dû à l'exposition, sans tenir compte de la sensibilité des sujets à contracter la maladie. Pris dans un sens plus restreint, ces termes réfèrent aux populations à la fois exposées à un facteur donné et susceptibles à la maladie. L'expression désigne alors une population menacée ou vulnérable. Finalement, on utilisera aussi ces termes pour désigner une population à risque élevé, c'est-à-dire à l'ensemble des personnes qui ont, par rapport au reste de la population, une chance accrue de succomber à la maladie à la suite d'exposition unique, répétée ou prolongée au(x) facteur(s) pour des raisons héréditaires, des propriétés endogènes ou des raisons encore inconnues.

L'ensemble de ces notions nous permet ainsi de constater que, même dans la discipline qui les a créées, il n'existe pas de consensus quant au référent auquel renvoient les notions d'individus et de populations à risque. Comme nous le verrons plus loin, lorsque ces concepts sont exportés dans le champ du psychosocial, les ambiguïtés demeurent et deviennent plus confondantes encore.

Le modèle « classique » d'analyse et d'interventions en épidémiologie « classique »

Dans cette section, nous allons présenter le modèle étiologique classique tel que développé par l'épidémiologie. Le but poursuivi, par une telle démarche, n'est évidemment pas de réduire ou de confiner la discipline à ce seul modèle d'analyse, mais plutôt de faire ressortir le fait que c'est ce dernier qui inspire actuellement le rationnel que l'on tente d'appliquer aux problématiques psychosociales. Ainsi, de façon grossière, on peut dire que l'épidémiologiste qui travaille avec ce modèle étiologique, illustré à la figure 1 de la page suivante, cherche à relever les différents facteurs qui peuvent être associés à un problème de santé. On remarquera que, dans ce modèle, chaque facteur de risque (par exemple, l'alimentation, l'exercice physique, etc.) est considéré isolément en fonction de son influence sur une pathologie unique (par exemple, l'obésité). Ce même épidémiologiste pourra aussi tenter de relier un petit nombre de risques à une seule pathologie (par exemple, l'action du tabagisme et des anovulants sur les maladies emboliques).

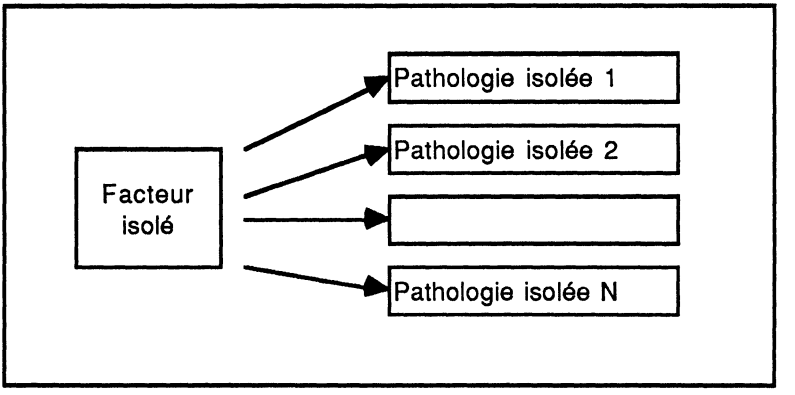
FIGURE 1



Tiré de Goldberg, 1982

On retrouve aussi une variante à ce modèle : dans ce cas, on tentera de relier un certain nombre de pathologies à un seul facteur.

FIGURE 2



Tiré de Goldberg, 1982

Il faut retenir des deux figures précédentes, que le modèle d'analyse statistique étiologique classique traite des facteurs de risque, d'une part, et des pathologies, d'autre part, « [...] comme étant des phénomènes isolés, indépendants les uns des autres du point de vue de leurs origines » (Goldberg, 1982 : 68). Chaque variable du système est en fait traitée de façon égalitaire. Par conséquent, lorsqu'il est possible de démontrer qu'il existe un lien significatif entre un facteur de risque et une pathologie donnée, on est aussi à même de déterminer la cible d'éventuelles interventions ; en agissant sur le facteur de risque relevé, on devrait pouvoir agir aussi, du moins théoriquement, sur la pathologie appréhendée soit en la supprimant, soit en la modifiant. La cause étant connue, il devient en fait possible d'agir sur elle.

Les campagnes de sensibilisation sur les méfaits du tabac sont un bon exemple de ce type d'intervention. Après avoir d'abord établi un lien entre le tabac et le cancer du poumon, on cherchera à intervenir sur le facteur de risque lui-même, c'est-à-dire l'incidence du tabagisme qui, à son tour, devrait réduire la prévalence de la pathologie : le cancer du poumon.

Pour l'essentiel, on peut donc retenir que, dans ce modèle, l'épidémiologie cherche à établir des relations mathématiques entre un facteur de risque donné et une issue précise. Le cas échéant, on intervient sur les premiers afin d'éliminer, à tout le moins atténuer, la pathologie appréhendée. C'est dans ce contexte d'association, précisément, que les notions de risque (qui exprime une probabilité statistique mais pas forcément un lien causal), de facteur de risque (c'est-à-dire tout critère auquel est lié l'apparition d'un événement) et d'individu ou de population à risque (qui renvoie à la disposition ou la sensibilité de ces derniers face à une issue adverse) deviennent les concepts clés permettant d'opérationnaliser le modèle étiologique sous-jacent.

L'épidémiologie, bien sûr, ne peut être réduite à ces seuls modèles. Ses méthodes d'analyse et d'intervention sont beaucoup plus développées que ne le montre la présentation que nous en avons faite. Cette présentation nous permet cependant de mettre en évidence les difficultés rencontrées lorsque l'on veut transposer dans le champ du psychosocial la notion de risque et le modèle d'analyse et d'intervention qui a longtemps dominé dans cette discipline et dont s'inspirent les politiques sociales.

DIFFICULTÉS D'APPLICATION AU DOMAINE SOCIAL

Les difficultés d'application de ces notions au domaine social nous apparaissent tenir autant au modèle dont elles sont issues qu'à la nature même des notions.

Le modèle étiologique et la notion de risque appliqués à des problèmes sociaux

Nous avons vu que le modèle étiologique classique consiste à étudier un phénomène de santé à partir de un ou plusieurs facteurs pour lesquels, but ultime, on tente d'établir un lien causal. D'emblée, il est donc pertinent de se poser la question suivante : dans la perspective des problèmes sociaux, est-il possible d'établir des liens causals entre un ou plusieurs facteurs de risque et une situation donnée ?

Poser la question en ces termes, c'est presque y répondre. En effet, lorsqu'il s'agit de problèmes sociaux, le lien causal est très difficile à démontrer en raison de la nature des variables qui sont considérées. D'abord, ces dernières sont difficilement dissociables les unes des autres. Ensuite, même lorsqu'il est possible de les dissocier au plan conceptuel, l'interdépendance qu'empiriquement elles entretiennent entre elles rendra particulièrement difficile l'utilisation de l'analyse statistique de type épidémiologique qui, très souvent, sépare et traite de façon égalitaire les différents facteurs de risque.

Un exemple extrême emprunté à Marcel Goldberg (1982 : 65) permettra d'illustrer ce problème. Comment, en effet, peut-on étudier l'influence propre du nombre d'années d'étude sur la santé d'individus qui seraient de catégorie socioprofessionnelle égale ? Dans notre société, ces deux variables (scolarité et catégorie socioprofessionnelle) sont à ce point liées qu'elles deviennent, en quelque sorte, les composantes indissociables d'un troisième phénomène, le statut social.

D'ailleurs, non seulement les variables sociales et psychosociales ne peuvent être appréhendées séparément mais on ne dispose, par surcroît, d'aucun modèle explicatif permettant de rendre compte des mécanismes de liaison observés entre elles. On se retrouve donc face à de nouvelles difficultés sur lesquelles Goldberg nous amène à réfléchir :

> Si on ne dispose pas de modèle explicatif des relations entre la prévalence d'un facteur socio-économique et l'occurrence de tel problème de santé qui sous-tende l'analyse, l'établissement de fonctions de risque et l'étude d'une relation dose-effet n'ont pas de sens, même si les outils statistiques permettent de le faire. Que signifierait une courbe de type dose-effet entre revenu et mortalité par cancer ? Elle pourrait avoir un intérêt descriptif anecdotique, mais ne renseignerait ni sur le mécanisme de la relation, ni sur d'éventuelles mesures de prévention. Quelle conclusion tirer du calcul d'un risque attribuable de décès par maladie cardio-vasculaire en fonction du type d'habitat, alors qu'on ne peut pas « attribuer » la maladie aux conditions d'habitation ? (Goldberg, 1982 : 72).

En conséquence, lorsque des problèmes sociaux sont considérés, le protocole expérimental qui consiste à isoler les facteurs les uns des autres ne peut s'appliquer que très difficilement. Pour cette raison aussi, il est à peu près impossible d'établir un lien causal. En outre, aucun modèle ne peut, à ce moment-ci, rendre compte des interactions qu'entretiennent entre elles les différentes variables impliquées. Dans ce contexte, l'établissement d'un rapport marqué par le risque ne présente aucun intérêt particulier.

Il est intéressant d'ailleurs de souligner que l'épidémiologie elle-même n'arrive pas à dépasser, à l'intérieur de ses différents modèles, les difficultés que posent les variables de type social. La production de concepts aussi flous que celui de « facteurs favorisants » ou encore de « facteurs prédisposants » pour parler, par exemple, du statut socio-économique, témoigne bien de cette impossibilité à s'en remettre au traditionnel lien de causalité.

L'application du modèle étiologique à des problèmes sociaux, du moins si on le considère d'un point de vue purement classique, est donc grandement critiquable. Camil Bouchard l'illustre bien lorsqu'à l'issue d'une recherche menée sur les mauvais traitements, il affirme :

> [...] les risques de mauvais traitements augmentent selon les difficultés présentées par l'enfant (handicap, tempérament, conformisme, etc.), en interaction avec un manque d'habiletés et de connaissances des parents (implication, interaction, sensibilité) qui d'autre part peuvent se trouver dans des situations personnelles, conjugales, sociales et économiques défavorables (séparation, dépression, violence conjugale, perte d'emploi, insularité, nuisances sociales, etc.). Le poids à attribuer à chacun de ces facteurs demeure encore souvent à déterminer ; cependant, l'on connaît la possibilité de rendre compte des fluctuations systématiques des taux de mauvais traitements envers les enfants à partir d'indices de défavorisation des populations. Ces seuls indices sont toutefois impuissants à prédire à eux seuls qui, parmi ces populations, vivra un épisode de violence ou de négligence. Ce qu'il faut retenir, c'est le terme interactif des facteurs mentionnés et son rôle dans l'étiologie des mauvais traitements (Bouchard, 1988 : 137).

Ainsi, lorsqu'il s'agit de problèmes sociaux, on ne peut opérationnaliser les facteurs de risque séparément ni les ramener sur un plan de causalité linéaire et unidimensionnelle. Du reste, pour ce type de problème, un seul facteur de risque ne peut être à lui seul suffisamment puissant pour se révéler être un bon prédicteur d'issue.

Tous ces commentaires démontrent finalement que le modèle étiologique classique ne peut être appliqué à des problèmes sociaux, parce qu'il est impossible d'établir pour eux de liens causals, les facteurs étant interactifs par définition. À l'inverse, en présence d'une situation ou d'un facteur de risque donné, il est très difficile de prévoir une issue précise.

L'utilisation de la notion de risque dans la perspective des problèmes sociaux et psychosociaux

Nous l'avons vu plus haut, la notion de risque renvoie, dans le contexte de l'épidémiologie, à la disposition d'un groupe ou d'un individu à être frappé par un événement ou un trouble prévisible qui peut avoir pour conséquence une perte, une difficulté ou une mauvaise santé. Comme les documents de politique sociale ne donnent habituellement aucune définition de ce qu'est une clientèle ou un groupe à risque, on est en droit de supposer que ces derniers renvoient également à ce type de disposition. Ces mêmes documents lui associent en effet la vulnérabilité de certains groupes et, plus particulièrement encore, les plus vulnérables parmi eux. Cette transposition de l'expression « à risque » sur des problèmes sociaux présente toutefois certaines difficultés importantes.

Il faut d'abord souligner qu'utiliser l'expression clientèles ou groupes à risque sans préciser le risque auquel ces derniers sont exposés fait en quelque sorte figure de non-sens. Le risque n'existe pas en soi ; c'est une dénomination incomplète qui n'exprime rien de plus qu'une probabilité statistique. Pour que le risque devienne une entité significative, il doit être mis en relation avec une éventualité généralement indésirable.

> [...] les épidémiologistes ont inventé la notion de « population à risque », mais toujours par rapport à un (ou peu) de risque et surtout par rapport à un type de pathologie. Un bon exemple est celui des migrants : ils forment une population considérée à risque pour la tuberculose, les grossesses pathologiques, etc. [...], mais à chaque fois, on ne considère qu'un seul couple risque-pathologie (Goldberg, 1982 : 68).

C'est là notre première réserve quant à l'utilisation de la notion de risque, dans les documents de politique sociale. De plus, on se souviendra que les problématiques auxquelles réfèrent ces documents sont : la santé mentale, les jeunes en difficulté, etc. On conviendra ici de la difficulté à relever les causes agissant sur de telles problématiques. Dès lors, on peut se demander, dans un contexte où les pathologies et les situations jugées indésirables ne sont jamais précisées et dans un contexte où les causes ne peuvent pas être mises en évidence, donc dans un contexte où le rapport de probabilité n'est plus exprimé, s'il y a une quelconque pertinence à continuer à utiliser l'expression clientèles à risque.

Cette utilisation de la notion de risque est d'ailleurs source d'une autre confusion : elle ne renvoie pas toujours à des référents de même nature. Ainsi, tantôt elle est définie par rapport au sujet (enfant, jeune, adulte, famille, etc.), tantôt par rapport à l'objet (santé physique, santé mentale, développe-

ment des habiletés, etc.) et parfois aussi, en fonction d'une situation jugée menaçante (chômage, séparation, deuil, etc.). Cette confusion entre les sujets, les objets et les situations à risque, ne peut que générer d'importants problèmes au niveau de l'intervention.

CONCLUSION

Ainsi, nous ne pouvons qu'exprimer de sérieuses réserves quant à la pertinence et la validité de la transposition, dans le champ du social, de la notion de risque et du modèle d'analyse étiologique ; cette transposition souffre de carences trop importantes pour mériter un intérêt soutenu et poursuivi.

Le modèle étiologique, rappelons-le, permet d'établir des liens de causalité linéaire et unidimensionnelle entre un facteur de risque et une issue donnée. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, lorsqu'il s'agit de problèmes psychosociaux, les causes étant par définition multiples et interactives, il est virtuellement impossible d'établir des rapports causals à partir de facteurs de risque spécifiquement relevés. Pour ce type de problèmes, le modèle d'analyse étiologique est donc inopérant.

D'ailleurs, le pourrions-nous que l'utilité de l'opération demeurerait discutable. En effet, comme le souligne Goldberg, à quoi pourrait bien nous servir de calculer le risque attribuable de décès par maladie cardiovasculaire en fonction du type d'habitation si on ne peut pas « attribuer » la maladie aux conditions d'habitation (Goldberg, 1982 : 68). Travailler dans le champ du social à partir des facteurs de risque et des causes implique donc des difficultés opérationnelles importantes.

À la suite de notre présentation du modèle étiologique, nous avons aussi fait un examen de la notion de « risque » elle-même. Comme pour le modèle étiologique, nous avons dû conclure que la notion ne pouvait traduire la réalité qu'on voulait pourtant lui faire représenter. Par définition, le risque renvoie à un rapport statistiquement fort entre deux éléments (généralement un facteur de risque et une issue déterminée). Or, dans le champ du social, en raison de l'interaction complexe qui existe entre les différentes variables, il est impossible de travailler avec un seul facteur de risque et, but ultime, d'établir pour lui un rapport de causalité ou d'influence. À l'intérieur de ce segment, la notion de « risque » introduit donc une situation inverse à ce qu'elle devrait normalement rendre prévisible, c'est-à-dire l'établissement d'un rapport de causalité.

Là ne s'arrête pas le problème : se définissant parfois en fonction du sujet (enfants et familles à risque), parfois en fonction de l'objet (santé mentale, toxicomanie, etc.) et parfois aussi en fonction des situations (deuil, séparation,

etc.), la notion de « risque » entretient une équivoque conceptuelle importante qui contribue, elle aussi, à distordre le concept lorsqu'on veut l'appliquer dans la sphère du social. De plus, la notion n'est pas neutre. Elle a une connotation réductrice et stigmatisante pour ceux et celles qui s'en voient accorder l'attribut. Pour toutes ces raisons, on se doit de conclure sur la non désirabilité et l'inopérationnalité de la notion de « risque » lorsque celle-ci est utilisée dans la perspective des problèmes sociaux.

Bibliographie

BACKET, E.M. *et al.* (1984). *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé, notamment la santé maternelle et infantile*, Organisation mondiale de la santé, Cahiers de santé publique, n° 76.

BERKMAN, Barbara *et al.* (1980). « A Social Work Department Develops and Tests a Screening Mechanism to Identify High Social Risk Situations », *Social Work in Health Care*, vol. 54, été, 373-385.

BOUCHARD, Camil (1983). « Non à la prévention », dans *Psychothérapie Attention !*, Québec, Québec-Science Éditeur, Presses de l'Université du Québec, 203-223.

BOUCHARD, Camil (1984). « Les avatars de la prévention : prétendre prévenir », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 11, n° 51, 21-27.

BOUCHARD, Camil *et al.* (1988). *Prédire et prévenir les mauvais traitements envers les enfants*, Montréal, Laboratoire de recherche en écologie sociale, Université du Québec à Montréal, 171 p.

CLÉMENT, Michèle (1990). « Exploration d'une notion en émergence dans le milieu des pratiques », dans OUELLET, Hector (sous la direction de), *Clientèles à risque : Du risque « individuel » au risque « écologique »*, Québec, Collection support à l'intervention, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

COMITÉ BRUNET (1987). *Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars, 91 p.

COMMISSION ROCHON (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.

CÔTÉ, Charles (1989). *Qui sont les groupes à risque et comment les desservir ?*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 20 p. texte inédit.

DAB, W. (1989). « Épidémiologie » dans BRÜCKER, Gilles et Didier FASSIN (sous la direction de), *Santé publique*, Éditions Ellipses, 11-53.

FOURNIER, Jacques (1989). *Le défi des clientèles à risque*, Document d'orientation concernant les communications externes, CLSC Longueuil Ouest, 16 octobre, 20 p.

GOLDBERG, Marcel (1982). « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences sociales et santé*, n° 1, décembre, 55-109.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations,* Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril, 147 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990). *Une réforme axée sur le citoyen,* Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre.

JANICEK, M et R. CLÉROUX (1982). *Épidémiologie : principes, techniques, applications,* Éditions Edisem, 454 p.

LAPOINTE, Yolaine et Denis CHABOT (1989). *Expérimentation d'une démarche pour rejoindre les clientèles à risque en milieu rural et semi-rural,* CLSC Fleur de Lys, février. 104 p.

PERLOFF, L. (1983). « Perceptions of Vulnerability to Victimization », *Journal of Social Issues,* vol. 39, nº 2, 43, cité dans COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1985). *La santé mentale des enfants et des adolescents : vers une approche plus globale,* Avis sur la protection et le développement mental des jeunes, Québec, Gouvernement du Québec, 251 p.

PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY (1990). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies,* Les Éditions Agence D'Arc inc, 480 p.