

L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens

Jérôme Guay

Volume 9, Number 2, Fall 1996

Résurgence du social en prévention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301365ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301365ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Guay, J. (1996). L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 33-48. <https://doi.org/10.7202/301365ar>

Article abstract

Dans cet article, l'auteur propose une définition de l'approche proactive qui commence à se répandre au Québec. L'approche proactive ou approche-milieu est un modèle d'intervention qui se caractérise par une importante décentralisation des services vers les petites communautés locales (ou quartiers) et une grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens. Les caractéristiques de ce modèle d'intervention, ses avantages, de même que les difficultés d'opérationnalisation sont présentés en s'appuyant sur la description de quelques programmes qui ont tenté de le mettre en application.

❖ L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens

*Jérôme GUAY
École de psychologie
Université Laval*

Dans cet article, l'auteur propose une définition de l'approche proactive qui commence à se répandre au Québec. L'approche proactive ou approche-milieu est un modèle d'intervention qui se caractérise par une importante décentralisation des services vers les petites communautés locales (ou quartiers) et une grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens. Les caractéristiques de ce modèle d'intervention, ses avantages, de même que les difficultés d'opérationnalisation sont présentés en s'appuyant sur la description de quelques programmes qui ont tenté de le mettre en application.

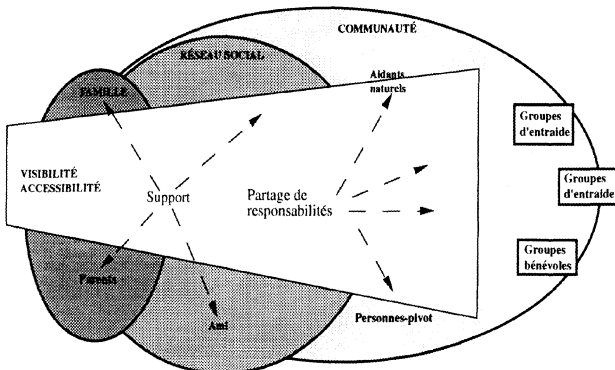
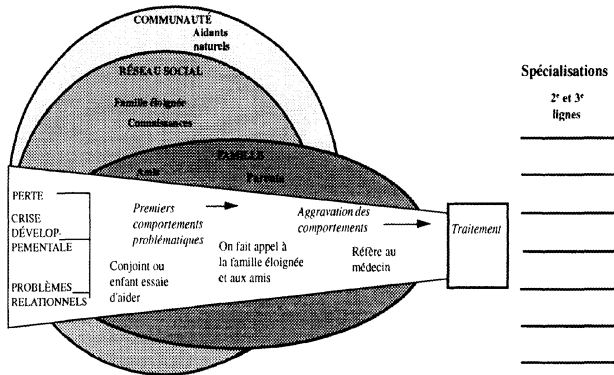
L'approche proactive ou approche-milieu est un modèle d'intervention qui se caractérise par une importante décentralisation des services vers les petites communautés locales (ou quartiers) et une grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens. Même si elle requiert des transformations radicales tant dans les façons d'intervenir que dans la structure des services, l'approche proactive commence à se répandre au Québec. Cet article se propose de définir les principales caractéristiques de ce modèle d'intervention, ses avantages de même que les difficultés d'opérationnalisation. Cette définition de l'approche proactive s'appuiera sur la description de quelques programmes qui ont tenté de la mettre en application ; il s'agit plus précisément de trois expériences bien documentées, soit deux projets de démonstration et l'expérience pilote d'un CLSC.

L'apparition de l'approche proactive au Québec est très récente, et on peut la considérer comme un troisième courant qui vient compléter les deux autres courants que sont l'organisation communautaire et l'approche communautaire. La pratique communautaire existe au Québec sous des formes variées depuis les années 1960 (Lamoureux, Mayer et Panet-Raymond, 1984) mais c'est surtout la profession d'organisateur communautaire qui a marqué nos services publics et, en particulier, les CLSC (Favreau et Hurtubise, 1993). Les organisateurs communautaires étaient ceux à qui on avait confié le rôle de réaliser la mission communautaire des CLSC, mais plus leur action était efficace, moins les CLSC devenaient communautaires puisque les interventions de ces spécialistes du communautaire permettaient aux autres membres du personnel de demeurer confinés à leur pratique individuelle. La Fédération des CLSC, consciente que l'image communautaire des CLSC correspondait peu à la réalité des pratiques, a organisé une formation à l'approche communautaire pour l'ensemble de son personnel (MSSS, 1991). Dorénavant, le communautaire ne serait plus l'apanage exclusif des organisateurs communautaires mais ferait partie intégrante de la pratique clinique de tous les intervenants puisque la formation visait à transformer les services individuels, qui ne s'adressent qu'au client, en services qui font appel aux ressources du réseau social. Le point de départ de l'approche communautaire n'est pas la communauté, comme c'est le cas pour l'organisation communautaire, mais le client individuel à partir duquel on élargit la perspective en s'ouvrant sur son environnement social.

L'approche proactive chevauche ces deux courants ; elle cible la communauté mais selon une perspective de services individuels. En effet, comme son nom l'indique, cette forme de pratique cible le milieu ; Hadley *et al.* (1987) parlent de *community-centered practice* par opposition à la pratique traditionnelle qu'ils appellent *client-centered practice*. C'est donc dire qu'au lieu de cibler des usagers individuels, la pratique professionnelle cible la communauté locale. À la différence de l'organisation communautaire, l'approche proactive n'a pas un objectif de développement communautaire, mais plutôt de connaissance des réseaux sociaux afin de pouvoir intervenir auprès des usagers avant qu'ils ne fassent une demande formelle d'aide. Ce renversement de perspective a été rendu nécessaire à cause de l'essoufflement de nos services publics, qui est principalement dû au caractère réactif de la pratique traditionnelle par opposition au caractère proactif de l'approche-milieu. L'approche réactive se définit par des services individuels qui sont procurés au moment où la situation est très détériorée et que les ressources d'aide dans le milieu sont ou bien absentes ou bien dépassées, ainsi que l'illustre la figure 1. En même temps que s'aggravent les comportements symptomatiques, les ressources d'aide

s'épuisent et se raréfient. Le professionnel n'a d'autre choix que de « réagir » en dernière extrémité et de procurer un service intensif, souvent en retirant le client identifié de son milieu. Le professionnel doit alors assumer entièrement la responsabilité de la prise en charge puisqu'il ne peut compter sur l'aide naturelle. Les proches sont tellement dépassés qu'ils sont très contents de remettre le problème entre les mains d'un professionnel. L'approche proactive ou l'approche-milieu intervient avant qu'il y ait une demande formelle de services, au moment où les difficultés n'en sont encore qu'au début et où les proches sont disponibles et capables de collaborer à la prise en charge. Comme l'illustre la figure 1, deux mots résument la pratique professionnelle dans l'approche proactive : visibilité et accessibilité.

FIGURE 1
L'approche proactive comparée à l'approche réactive



Le lieu de travail du praticien devient la communauté où il se rend visible et accessible pour se faire connaître peu à peu des citoyens qui en viendront à collaborer avec lui. Il prend également contact avec les personnes ayant besoin d'aide afin d'intervenir avant qu'il y ait une demande de services. Une partie des interventions de services directs est remplacée par des interventions de soutien qui actualisent le partage des responsabilités entre le professionnel et les proches et les aidants naturels.

EXPÉRIMENTATION DE L'APPROCHE-MILIEU AU QUÉBEC

Au Québec, quelques CLSC ont tenté d'adopter en partie l'approche proactive mais l'ont abandonnée en raison des nombreux obstacles qui en rendaient l'application très difficile. La plupart de ces expériences n'ont pas été documentées de façon systématique quoique certaines aient été soutenues par des programmes de formation, comme ce fut le cas au CLSC des Etchemins et au CLSC Fleur de Lys (Guay, 1987 ; Mireault, Guay et Langlois, 1987 ; Langlois et Guay, 1984). Certaines ont touché à l'ensemble des programmes, comme l'expérience qui s'est déroulée au CLSC des Etchemins et qui a été décrite comme un rare exemple réussi de collaboration (Godbout, Leduc et Collin, 1987). D'autres n'ont affecté qu'un seul programme comme la périnatalité au CLSC de Valleyfield (Leduc et Beauregard, 1989) et au CLSC Saint-Léonard. Dans le premier cas, des infirmières se sont servi du programme OLO comme porte d'entrée pour se rendre visibles et accessibles aux mères potentiellement négligentes et abusives. Dans le deuxième cas, une infirmière a été affectée à un îlot d'habitations multiethnique dit « potentiellement à risque » (Demers et Lamarre, 1988).

Un colloque interactif regroupant une vingtaine de CLSC qui avaient expérimenté cette approche a été organisé, en décembre 1992, afin de favoriser un échange à partir d'un bilan des différentes expériences ; il y avait également des observateurs du MSSS et de quelques régies. Même si ce colloque a permis d'en arriver à une définition plus précise de l'approche-milieu (Chabot, 1993), le constat général était plutôt négatif puisque tous les CLSC avaient abandonné l'approche proactive pour en revenir à l'approche par programme. Seuls trois CLSC avaient réussi à perpétuer le modèle ; ces trois expériences sont présentées plus bas. Lors d'un deuxième colloque, tenu en décembre 1995 au CLSC des Pays d'en Haut, le bilan a été plus positif ; plusieurs établissements du réseau, en plus des CLSC, ont commencé ou veulent commencer à expérimenter l'approche. Ce sont les caractéristiques de l'approche-milieu, qui ont été relevées par les participants à ces deux colloques et qui ont été expérimentées dans trois projets expérimentaux, qui sont présentées dans cet article.

Le CLSC Haute-Ville, le CLSC des Appalaches et le CLSC des Pays d'en Haut ont collaboré aux projets «Entraide de quartier». Le lecteur intéressé à une présentation détaillée de ces projets, selon une perspective de recherche, est invité à consulter la documentation citée.

L'expérience du projet Entraide de quartier, réalisée sur le territoire du CLSC Haute-Ville, a été amorcée à partir d'un prêt de service du CLSC et d'une subvention de Santé et Bien-être social Canada (Guay, 1995 ; Guay et Chabot, 1992). Il a permis d'expérimenter l'approche proactive en développant un modèle d'intervention fondé sur la collaboration des citoyens d'un quartier de centre-ville qui s'impliquent dans le processus de réinsertion de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale. Les résultats obtenus et la méthodologie de recherche sont décrits en détail dans Guay (1994a, 1994b, 1991).

Quant au CLSC des Appalaches, il a remplacé les équipes «maintien à domicile», «enfance-famille» et l'équipe de services sociaux courants par des «équipes-milieu». Cette réorganisation de la structure des services visait à faciliter le rapprochement entre les praticiens et les citoyens et à orienter les services en fonction des besoins de la communauté plutôt qu'en fonction des impératifs des programmes. Une première recherche décrit et évalue l'impact de cette expérimentation (Chabot, Mercier et Guay, 1993 ; Chabot, Lapointe et Guay, 1992), et une autre (Royer, 1996) évalue ce qui reste de l'approche proactive quatre ans après la fin du projet, en même temps qu'une équipe de zone, encore partiellement fonctionnelle dix ans plus tard, au CLSC des Etchemins.

Le CLSC des Pays d'en Haut s'est inspiré de ces deux projets pour adopter l'approche proactive de façon intégrale et la développer encore plus que ne l'avaient fait les deux projets de démonstration ; il est devenu le modèle de référence de cette approche au Québec. Cette expérience, dont l'évaluation vient à peine d'être complétée (Chabot, 1996), a donné lieu à des résultats très riches qui servent d'inspiration à plusieurs autres CLSC. Quelques-uns de ces résultats sont repris dans la définition de l'approche présentée plus loin.

CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE-MILIEU

La principale caractéristique de l'approche-milieu est que sa cible principale est constituée, non pas du client identifié, mais des personnes du réseau social. Une des conséquences est donc l'élargissement de la notion de client.

Éclatement de la notion de client identifié

L'éclatement de la notion de client identifié remet profondément en question toute l'organisation actuelle des services, qui se structure autour du client identifié à qui l'on procure des services. De plus, la pratique en services publics nous a habitués à identifier comme client la personne qui fait la demande de services. Dans un modèle proactif, il arrive souvent que la personne qui est en besoin d'aide ne fait pas de demande de services; ce sont les gens du voisinage, la famille, les amis, qui vont rencontrer l'intervenant plus présent dans la communauté. C'est donc tout le processus d'évaluation de la demande qui change. Les intervenants ont dû modifier leur façon d'analyser la demande afin de tenir compte du contexte de l'intervention. L'analyse du problème est forcément plus globale et amène l'intervenant à adopter une perspective communautaire.

Les premières cibles des interventions professionnelles deviennent donc les personnes qui font partie de l'environnement social du client identifié. Mais plus encore, une bonne proportion des activités de prise en charge professionnelle est remplacée par des activités de soutien auprès des personnes du réseau social.

Prise en charge remplacée par soutien

Le soutien procuré par le professionnel s'actualise par une prise en charge conjointe des problèmes; ce partage de responsabilités peut se réaliser selon trois modalités.

La première modalité consiste à apporter du soutien lorsque les personnes du réseau social sont dépassées. En effet, le partage de la responsabilité ne signifie pas que les professionnels surchargent les réseaux informels d'aide en se délestant d'une partie de la prise en charge. Plusieurs craignent que l'État-providence, en plein processus de désengagement, fasse des économies sur le dos des familles. Ces inquiétudes sont surtout entretenues à l'endroit des femmes (mères ou filles) qu'on appelle des personnes-soutiens, c'est-à-dire ces femmes dont toutes les énergies sont accaparées par les soins que nécessite un proche ayant un handicap ou en perte d'autonomie (Guberman, Dorvil et Maheu, 1987). Pour ces auteurs, la non-disponibilité des ressources créée par la désinstitutionnalisation, la crise de l'État-providence et les limites du réseau familial renforcent le sentiment d'obligation et de culpabilité. Par ailleurs, une recherche de Lesemann et Chaume (1989) sur le maintien à domicile laisse voir que les pressions familiales ou la non-disponibilité des ressources

publiques pèsent peu dans la décision de jouer un rôle de personne-soutien. Ces études conviennent toutefois que le soutien doit prendre la forme de mesures de répit ou de services directs à la personne en besoin. Pour les personnes-soutiens, le rôle des services publics en est un de support et de répit, leur premier rôle étant de servir de relais temporaire dans les fonctions de soutien visant à diminuer le stress et la fatigue physique. En fait, les personnes-soutiens sont des clientes privilégiées de l'intervention professionnelle dans l'approche proactive.

Cependant, ce soutien peut aussi prendre la forme de mesures de répit pour des familles monoparentales, des parents qui vivent des problèmes d'adaptation à leur nouveau rôle ou, encore, pour l'apprentissage de nouveaux modèles de relations. Lorsque les familles souffrent de pauvreté, il va de soi qu'il est indispensable de leur fournir de l'aide concrète et de leur ménager des filets de sécurité. L'intervenant devient alors un partenaire avec les ressources appropriées et des personnes de la communauté qui aide à trouver des mesures de répit, de dépannage ou de développement d'emploi. Les personnes sont beaucoup plus ouvertes au changement lorsque leur expérience de vie leur permet d'entretenir l'espoir que leur situation peut s'améliorer et qu'elles peuvent s'en sortir.

La deuxième modalité consiste à adopter diverses stratégies visant à réactiver et à stabiliser le réseau de soutien social lorsque ses ressources d'entraide sont inactives, discontinues ou instables. À l'exception des liens dont la permanence et la longévité s'appuient sur le sentiment d'obligation morale qui lie les membres de la cellule familiale (conjoint et parents-enfants), les ressources d'entraide qui existent dans l'environnement social des usagers sont souvent ponctuelles (Guay, 1992). Il devient alors nécessaire pour les professionnels de les réactiver ou de leur assurer une certaine stabilité, en assumant un rôle soit de coordination des ressources d'aide formelles et informelles, soit d'agent catalyseur, soit de médiateur.

Par ailleurs, on a souvent tendance à restreindre le réseau de soutien social à la famille immédiate ou, encore, à le considérer de façon globale et indifférenciée. Or, les trois expériences présentées plus haut (Chabot, 1996 ; Chabot, Lapointe et Guay, 1992 ; Guay et Chabot, 1992) ont montré que le milieu social est très hétérogène, que les diverses personnes qui le composent ont leurs particularités et qu'il est essentiel d'en tenir compte dans l'évaluation de leurs contributions respectives. Cette grande variété de personnes comprend les membres de la famille ; les proches autres que la personne-soutien ; les membres de la famille éloignée ; les amis ; les voisins qui, sans être des proches, vivent à proximité ; les personnes-pivots dont le travail les met quotidiennement en contact avec les autres citoyens (serveur, petit commerçant, etc.) ; les aidants naturels.

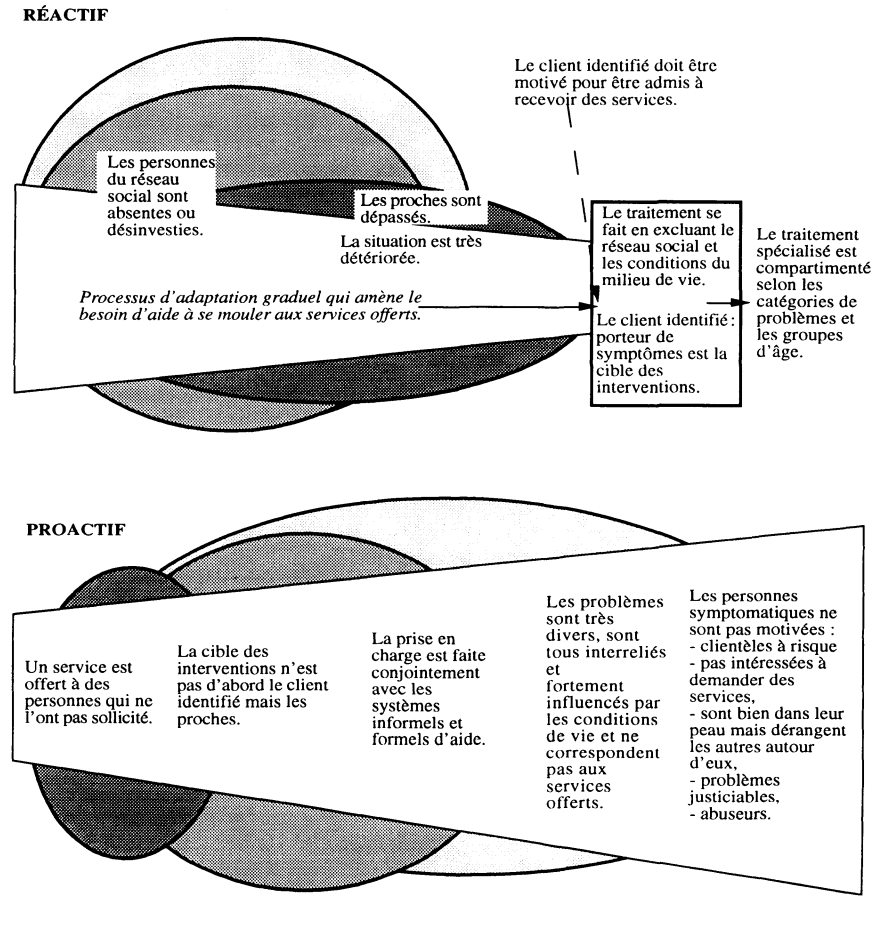
La troisième modalité consiste à créer des liens lorsque ceux-ci sont inexistantes ou non appropriés : la création de ces liens se fonde sur le principe de l'entraide sous forme de groupe ou de jumelage. Le principe d'entraide attribue des compétences d'aidants aux personnes qui ont vécu un problème, qu'ils soient clients, ex-clients ou aidants naturels, c'est-à-dire des citoyens qui, à travers leurs activités quotidiennes, se soucient d'aider les autres et semblent posséder des habiletés pour le faire. La collaboration avec les réseaux informels d'aide s'appuie non seulement sur un respect des façons de faire, des normes et standards des aidants naturels mais sur une croyance profonde en leurs compétences particulières (Guay, 1995).

Polyvalence et flexibilité

L'approche proactive est fondamentalement généraliste tant en ce qui a trait aux types d'interventions qu'aux clientèles rejointes. C'est la communauté plutôt que les programmes du CLSC qui détermine la place et l'importance des interventions spécialisées. Lorsque des praticiens deviennent plus visibles et accessibles dans la communauté, les gens ont tendance à s'adresser à eux de façon informelle et souvent pour des types de problèmes qui ne correspondent pas aux services spécialisés offerts dans les services publics. Une des conséquences de l'approche proactive est donc une diminution de la spécialisation au profit de la polyvalence. Cette polyvalence est, d'ailleurs, le reflet de la réalité quotidienne des gens. En effet, les problèmes que vivent les gens sont indissociables de leurs conditions de vie, et leurs difficultés sont toutes interreliées ; la santé physique, la santé mentale, l'économie, les conditions de logement, etc., sont tous des aspects de la vie de la personne qui s'interinfluencent. De même, les réseaux sociaux sont interconnectés et la population n'est pas divisée en groupes d'âge, comme le sont souvent nos programmes, ce qui implique qu'il faut être en mesure de s'adresser à tous les usagers quel que soit leur âge ou leur problème (Chabot, 1996 ; Guay et Chabot, 1992 ; Chabot, Lapointe et Guay 1992).

En somme, comme l'illustre la figure 2, contrairement à l'approche réactive qui est un processus graduel d'adaptation du client identifié aux services offerts, l'approche proactive consiste en une offre ouverte, non déterminée à l'avance, qui est proposée aux proches plutôt qu'au client identifié. De plus, la prise en charge est assumée conjointement au lieu de l'être totalement par un professionnel spécialiste dont l'action se pratique en faisant abstraction du milieu.

FIGURE 2
**Offre de service au réseau
plutôt qu'adaptation au programme de services**



AVANTAGES DE L'APPROCHE-MILIEU

Intervention précoce et rapide

L'avantage le plus évident est sans contredit la rapidité de l'intervention ; ainsi, le délai de réaction à la demande permet de résoudre une situation de façon précoce, avant qu'elle se détériore ou avant que le réseau social

du client soit surchargé. Cet avantage accroît, en outre, la capacité à rejoindre les clientèles à risque.

Clientèles à risque

La dimension proactive de l'approche-milieu permet aux praticiens de rejoindre des personnes avant qu'elles en soient rendues à faire une demande formelle de service. Elle offre donc une réelle possibilité d'entrer en contact avec les clientèles à risque, c'est-à-dire les personnes qui auraient besoin de services mais qui ne le demandent pas. L'approche-milieu peut donc apporter une réponse à cette préoccupation chronique qui frustre praticiens et gestionnaires, car elle révèle l'existence de ce fossé entre le CLSC et la communauté locale qui empêche les CLSC de remplir leur mission d'accessibilité.

Plusieurs projets ont clairement mis en évidence cette capacité de l'approche-milieu ; ainsi le Projet OLO Valleyfield (Leduc et Beauregard, 1989) et le programme Périnatalité du CLSC Saint-Léonard (Demers et Lamarre, 1988) ont réussi à rejoindre les familles à risque d'abus et de négligence. L'expérience du projet Entraide de quartier (Guay et Chabot, 1992 ; Guay, 1991) de même qu'une expérience similaire avec des agents de quartier réalisée par les services externes de Centre hospitalier Robert-Giffard, ont montré qu'il est plus facile de rejoindre et d'intervenir auprès des clientèles dites « multiproblématiques », résistantes au traitement, en étant présent dans la communauté (Brousseau, Chassé et Rochette, 1986). Dans le cas du projet Entraide de quartier, on a constaté que les besoins dans la communauté pour des services directs sont toujours très présents, en particulier, pour des interventions dans des situations de crise (Guay et Chabot, 1992). Le projet en milieu rural a aussi permis de rejoindre une clientèle à risque qui ne recevait pas de services du CLSC avant le démarrage du projet (Chabot, Mercier et Guay, 1993 ; Chabot, Lapointe et Guay, 1992). Ce dernier projet a permis d'identifier deux types de clientèles à risque : les personnes qui vivent des situations de crise que les intervenants ont qualifié de primaires, principalement reliées à des cycles de vie ou à des situations transitoires, et les personnes qui vivent des situations de crises récurrentes, qui se répètent, car les moyens pour y réagir sont inadaptes et le réseau épuisé ou inexistant. Ces situations sont souvent reliées à des problèmes de toxicomanie, de violence et d'abus. La recherche évaluative sur le CLSC des Pays d'en Haut, qui vient d'être complétée, laisse entrevoir des résultats similaires (Chabot, 1996).

Baisse des demandes de services réactifs

En principe, l'approche-milieu, ou proactive, devrait conduire à moyen terme vers une baisse des demandes de services de deuxième et troisième ligne. Ce que certains projets de démonstration ont mis en évidence, c'est que l'approche-milieu conduit en fait, au début, à une hausse de demandes informelles dont certaines se traduisent par une hausse des demandes formelles. Cette hausse, qui se produit dans la première étape, est normalement suivie d'un plafonnement puis, enfin, d'une baisse après 18 à 24 mois de fonctionnement. Au CLSC des Pays d'en Haut, les résultats préliminaires démontrent une baisse importante dans les demandes de services auprès de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), telles les demandes de placement d'enfants (Chabot, 1996).

Accroissement de l'imputabilité face aux communautés locales

Le modèle de l'approche-milieu devrait, en principe, induire un accroissement de l'imputabilité étant donné qu'il rend l'intervenant plus sensible aux besoins de ses clients par sa meilleure connaissance de leurs réseaux sociaux et de leur dynamique et par sa prise de conscience des ressources d'un milieu qu'il ne pourra plus considérer de façon passive. Si le praticien est plus visible donc plus accessible et collabore avec les systèmes informels d'aide, on peut croire qu'il n'aura d'autres choix que d'adapter ses services aux besoins du milieu et aux particularités locales. Car le milieu va lui-même exercer une pression constante pour que les services soient véritablement adaptés, pression qui peut être complémentaire de celle que la population pourra éventuellement exercer par le biais de sa représentation aux instances formelles du réseau.

Le développement de l'imputabilité informelle devrait éventuellement renforcer l'imputabilité formelle, comme cela se passe dans les comités de concertation au CLSC des Pays d'en Haut. Théoriquement, on peut donc faire l'hypothèse que l'approche proactive complète la réforme institutionnelle récente dans la mesure où cette dernière souhaite rapprocher les institutions de la population.

OBSTACLES ET DÉFIS

L'implantation de l'approche-milieu est extrêmement difficile, et les obstacles sont si nombreux que plusieurs tentatives ont abouti à un retour à la pratique traditionnelle par programme, comme nous avons pu le constater lors du

colloque interactif de 1992 (Chabot, 1993). Les obstacles qui rendent difficile l'actualisation d'une collaboration entre les professionnels et les ressources informelles d'entraide se situent à deux niveaux, celui du contexte organisationnel et celui de la pratique professionnelle.

Danger de récupération

Le principal danger est évidemment celui d'exploitation des ressources d'aide naturelle. Si on utilise la métaphore écologique, on pourrait comparer un CLSC à une usine qui exploite les ressources naturelles jusqu'à épuisement. La pratique des intervenants, qui veulent se rapprocher des citoyens, sera fortement déterminée par le type de rapport qu'entretient l'institution avec la communauté autant avec les ressources formelles qu'avec les ressources informelles.

Au regard des ressources formelles, ainsi que l'a démontré l'enquête de Godbout, Leduc et Collin (1987), les rapports de partenariat entre les groupes communautaires et les services publics sont loin d'aller de soi. Le véritable partage de responsabilité respectueux est relativement rare ; plus souvent qu'autrement, on assiste à des tentatives de contrôle, de récupération, qui contraignent les intervenants du milieu communautaire à développer ce que nous avons appelé une « collaboration vigilante », c'est-à-dire une forme de collaboration qui les oblige à être constamment sur leurs gardes pour éviter la cooption.

Au regard des ressources informelles d'aide, on a souvent constaté que les intervenants en viennent à épuiser et à « brûler » les aidants naturels (Brousseau, Chassé et Rochette, 1986). Souvent, ils déversent le trop-plein de leurs nombreux cas en les associant en toute hâte dans une collaboration qui ne respecte pas leur réalité, réalité qu'ils n'ont pas pris le temps de bien connaître. La récupération des réseaux naturels d'entraide est quasi inévitable à moins que ne soient instaurées des conditions exceptionnelles qui renverseraient les paramètres habituels. Il est à craindre que l'imposition croissante de coupures budgétaires ne fasse qu'empirer la situation, portant les institutions à considérer les systèmes informels d'entraide comme un réservoir potentiel d'aide, pouvant compenser leur manque des ressources humaines.

Approche bureaucratique et compartimentée

L'autre obstacle principal est celui que représente le fonctionnement par programme selon un mode bureaucratique et centralisé. Or, une étude (Froland *et al.*, 1981) relativement ancienne a déjà démontré que les

institutions qui ont un fonctionnement formalisé, bureaucratique et dont le style de leadership est directif créent des conditions très peu favorables à ce type de pratique. À l'inverse, la gestion de type participatif et collégial, avec des modes de fonctionnement souples et flexibles, favorise un climat d'entraide et de soutien entre les praticiens, lequel constitue une condition indispensable au développement de ce type de pratique. D'autres facteurs organisationnels favorables, relevés par Hadley et Young (1990), sont également apparus importants, comme la gestion de type entrepreneur qui donne les grandes orientations, se centre sur l'utilisateur et crée un climat de travail synergique. Une étude récente, effectuée dans les CLSC, a démontré que le soutien de l'organisateur communautaire peut être un facteur facilitant important, dans la mesure où il s'intègre au travail d'une équipe pluridisciplinaire (Favreau et Hurtubise, 1993). Les résultats au CLSC des Pays d'en Haut démontrent clairement que le changement de pratique doit s'accompagner d'un changement organisationnel analogue et parallèle.

De plus, le fonctionnement par programmes crée une imputabilité à direction verticale à l'égard des régies régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux, car c'est à eux que l'on doit rendre des comptes plutôt qu'à la population. Les institutions de services publics, plus particulièrement les CLSC, ne sont pas imputables à l'égard des communautés locales qu'elles desservent, puisqu'elles sont redevables au ministère et aux régies régionales. Les praticiens, quant à eux, se sentent redevables aux gestionnaires et ne se sentent pas imputables face aux citoyens, à moins qu'ils ne soient des usagers de leurs services (Godbout et Guay, 1989). Il est assez difficile, pour ne pas dire impossible, pour le praticien œuvrant dans un tel contexte, d'aborder les réseaux d'entraide avec tout le respect que l'on peut avoir envers de véritables partenaires.

Choc de valeurs

Les réseaux d'entraide présentent des caractéristiques radicalement différentes selon les communautés. La prise de contact avec les communautés amène inévitablement un choc de sous-cultures ; les aidants naturels transportent avec eux les valeurs issues de leur milieu d'appartenance et de leur expérience de vie (Leduc et Beaugard, 1989). Par exemple, les aidants naturels ex-détenus ont parfois des façons de voir la vie tout à fait à l'opposé de celles des intervenants. Leur attitude face à certains comportements criminels est très dérangeante pour des professionnels qui ont un mandat judiciaire ; ils sont souvent incapables, au moment d'aider quelqu'un, de faire abstraction de leurs propres valeurs (Bélanger, 1994).

Les valeurs des aidants naturels font partie intégrante d'eux. Nulle part ce phénomène est-il plus évident qu'en milieu rural où tout le monde se connaît, créant ainsi une certaine pression normative. La pression normalisante de réseaux sociaux plus serrés peut exercer un contrôle social stigmatisant. C'est surtout pour les personnes marginales que ce contrôle social peut se révéler un facteur de détérioration du réseau de soutien et créer des situations à risque, sur le plan de la santé mentale. En ce sens, les « placotages » constituent un mode de communication de l'information qui véhicule les valeurs de la communauté, dont les préjugés entretenus sur certains citoyens marginalisés ; ils expriment les malaises que les citoyens ressentent (Chabot, Mercier et Guay, 1993). Le professionnel n'a d'autre choix que d'accepter comme elles sont les personnes et leurs valeurs, sans essayer de les changer.

En conclusion, les institutions et professionnels qui veulent dynamiser ou encourager l'actualisation de cette entraide potentielle ou, encore, lui assurer une certaine stabilité ou une forme de formalisation, doivent le faire dans une attitude de très grand respect. En effet, ces systèmes informels existent dans une sorte d'écologie sociale qui peut être facilement perturbée par l'intervention professionnelle. Le soutien professionnel face à l'aide naturelle se doit d'être très respectueux des façons personnelles de faire, en ce sens, il sera non intrusif et ne cherchera pas à les changer ou à les influencer dans le sens des valeurs professionnelles. À mesure qu'ils apprennent à partager la responsabilité de la prise en charge, les aidants naturels deviennent les priorités du professionnel qui les soutient activement afin d'éviter l'épuisement psychologique. Comme le démontre l'expérience des Pays d'en Haut, le soutien actif et entier de gestionnaires profondément convaincus de la valeur des ressources d'entraide de la communauté apparaît comme une dimension essentielle pour modifier la perspective souvent trop utilitariste des praticiens. Les gestionnaires doivent supporter les praticiens qui se situent dans un rôle de personnes-ressources qui aident les aidants naturels sans essayer de modifier leur façon d'intervenir.

Bibliographie

- BÉLANGER, Kathleen (1994). « Un aidant naturel, son intervention auprès d'adolescents en difficulté », Mémoire de maîtrise, Sainte-Foy, École de Psychologie, Université Laval.
- BROUSSEAU, G., CHASSÉ, F. et R. ROCHETTE (1986). « Le service d'information et d'aide à la communauté : l'agent de quartier », *Santé Mentale au Québec*, vol. XI, 143-148.
- CHABOT, D., LAPOINTE, Y. et J. GUAY (1992). *Entraide en milieu rural : rapport final*, Saint-Pamphile, CLSC des Appalaches, 83 pages.

- CHABOT, D., MERCIER, C. et J. GUAY (1993). « Une approche pro-active d'intervention communautaire en milieu rural », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 12, n° 1, printemps, 177-198.
- CHABOT, D. (1996). *Rapport d'évaluation du processus d'implantation d'une pratique proactive sur le territoire du CLSC des Pays d'en Haut*, Rapport de recherche, CLSC des Pays d'en Haut.
- CHABOT, D. (1993). *L'approche milieu : bilan et perspectives*, Compte rendu d'un colloque interactif tenu en décembre 1992, Sainte-Adèle, CLSC des Pays d'en Haut.
- DEMERS, D. et H. LAMARRE (1988). *Projet milieu : Bilan 1987-1988*, Document de recherche, Montréal, CLSC Saint-Léonard.
- FAVREAU, L. et Y. HURTUBISE (1993). *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- FROLAND, C., PANCOAST, D.L., CHAPMAN, N.J. et P.J. KIMBOKO (1981). *Helping Networks and Human Services*, Thousand Oaks (Cal.), Sage Library of Social Research, n° 128, 200 pages.
- GODBOUT, J. et J. GUAY (1989). *Le communautaire public : le cas d'un CLSC*, Montréal, INRS Urbanisation, Études et documents.
- GODBOUT, J.-T., LEDUC, M. et J.-P. COLLIN (1987). *La face cachée du système*, Rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 117 pages.
- GUBERMAN, Nancy, DORVIL, Henri et Pierre MAHEU (1987). *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.
- GUAY, J. (1995). « L'entraide comme complément à l'intervention professionnelle », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 4, n° 2, 39-54.
- GUAY, J. (1994a). « Bridging the Gap Between Professionals and the Community : Findings and Policy Implications of Two Demonstration Projects », *Health and Social Care*, vol. 2, 95-103.
- GUAY, J. (1994b). « Involving Citizens in the Rehabilitation Process », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 18, n° 1, 145-150.
- GUAY, J. (1992). *Thérapie brève et intervention de réseau : une approche intégrée*, Montréal, PUM, 189 pages.
- GUAY, J. (1991). « L'approche pro-active et l'intervention de crise », *Santé mentale au Québec*, vol. XVI, n° 2, 139-154.
- GUAY, J. (1987). *Recherche-action sur les réseaux primaires et les aidants naturels*, Rapport d'évaluation d'un programme de formation, CLSC des Trois Vallées.
- GUAY, J. (1984). *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur, 137 pages.
- GUAY, J. et D. CHABOT (sous la direction de) [1992]. *Le projet Parrainage social et entraide de quartier : Rapport final*, Québec, 130 pages (inédit).

- HADLEY, R. et K. YOUNG (1990). *Creating a Responsive Public Service*, New York et Londres, Harvester Wheatsheaf, 241 pages.
- HADLEY, R., COOPER, M., DALE, P. et G. STACY (1987). *A Community Social Worker's Handbook*, Londres, Tavistock Publications, 266 pages.
- LANGLOIS, R. et J. GUAY (1984). *Compte rendu du programme de consultation en intervention communautaire au CLSC Basse-Ville, Québec*, Québec, CLSC Basse-Ville.
- LEDUC, D. et F. BEAUREGARD (1989). *OLO ; tout un bilan*, Centre de recherches sur les services communautaires, Sainte-Foy, Université Laval.
- LAMOUREUX, H., MAYER, R. et J. PANET-RAYMOND (1984). *L'intervention communautaire*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin, 237 pages.
- LESEMANN, Frédéric et Claire CHAUME (1989). *Familles-Providence : la part de l'État*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Le traitement en première ligne des demandes individuelles en CLSC selon une approche communautaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MIREAULT, G., GUAY, J. et R. LANGLOIS (1987). *Évaluation du programme de formation BRIC au CLSC de la Mitis*, Mont-Joli, CLSC de la Mitis.
- ROYER, I. (1996). *Évaluation du processus d'intervention d'une pratique proactive auprès de jeunes et de leur famille qui reçoivent des services du CLSC*, Rapport de recherche, CLSC des Etchemins.