
Prévention des déficiences et intégration globale des personnes handicapées. Une expérience de recherche-action

Faisant suite à mes travaux au Département d'anthropologie de l'Université Laval, depuis 1977, sur les modes de production de la « normalité » et la constante historique de l'exclusion sociale des « corps différents »¹, à l'occasion desquels la problématique des personnes handicapées a tenu une place centrale dans les recherches de terrain et l'analyse, la présente communication vise à lancer quelques constats et réflexions personnels issus de ma pratique comme agent de recherche au sein d'un organisme de la fonction publique: l'Office des personnes handicapées du Québec.

Du fait de la marge de manœuvre particulièrement souple due à la jeunesse de cet organisme, créé par la loi « assurant l'exercice des droits des personnes handicapées » en juin 1978², les expériences vécues dans le cadre de cet emploi constituent, à mes yeux, un exemple de possible ouverture pour la pratique anthropologique et sociologique: ouverture dans le champ de la planification socio-économique, de l'orientation, de l'élaboration et de l'évaluation des politiques gouvernementales, ainsi que de la conception de recherches-action ayant pour objectif la compréhension et l'élimination des obstacles à l'exercice des droits de groupes cibles de population. Les opinions émises ici me sont propres et n'engagent pas l'O.P.H.Q.

Aventures de terrain

Mon engagement à l'O.P.H.Q. en août 1979 fait suite à deux ans de travail, de prises de contact, de découvertes et d'observations

dans les milieux institutionnels de la réadaptation des personnes handicapées physiques d'une part et à mon implication personnelle au sein de groupes de défense des droits des personnes handicapées, d'autre part. Je dois dire que cette période d'exploration a été tout aussi enrichissante que difficile, du fait de la résistance d'un réseau dont les relations sont très structurées, voire « protégées », où il est difficile d'évoluer en tant qu'« étranger ». Un problème d'anthropologue, en fait...

Malgré tout, c'est cette connaissance du milieu qui m'a permis de continuer ma démarche avec une carte de visite de la fonction publique. Mon emploi m'a donné les moyens et les occasions d'entrer en contact avec de nombreuses personnes ressources et de poursuivre mon travail de terrain dans un milieu où l'absence de laissez-passer est particulièrement difficile à surmonter.

Une loi répondant à une urgence sociale

L'adoption de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées se situe dans la continuité d'un mouvement d'intervention croissante de l'État dans les domaines de la santé et des services sociaux depuis le début des années soixante au Québec.

Cette loi est axée sur de grands idéaux socio-démocratiques : égalité des chances, démocratisation et accessibilité à l'éducation et au travail, participation décisionnelle ou consultative des citoyens à la programmation et à la gestion des services qui les concernent, décentralisation et régionalisation des pouvoirs de décision et approche globale et communautaire de la santé ; elle reste fidèle à l'esprit du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu de 1970³.

Elle s'adresse toutefois à un groupe de population jusque-là particulièrement délaissé, un groupe discriminé et marginalisé : les personnes handicapées. On en dénombre environ 300 000 au Québec ; leurs déficiences et les limitations fonctionnelles qui en sont la conséquence se situent au niveau physique ou mental. L'urgence criante de leur situation, les coûts croissants des services, particulièrement au niveau institutionnel, ainsi que la prise de parole et les revendications de plus en plus organisées des associations de promotion et de défense des droits des personnes handicapées, ont amené le gouvernement, après une longue période de réflexion, de consultation et de contestation, à adopter une loi dont le simple changement de nom me paraît significatif d'une certaine prise de conscience : on est passé du projet de loi 55 sur la « protection » des personnes handicapées, en 1976, à la loi assurant « l'exercice des droits » des personnes handicapées de 1978.

Fondamentalement, cette loi a pour effet de modifier un ensemble de lois existantes en ce qui concerne, par exemple, les droits de la personne (le handicap devient un motif de discrimination reconnu dans l'article 10 de la charte québécoise des droits de la personne), l'accessibilité physique des édifices publics et de l'environnement, et l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des personnes handicapées. De plus, elle crée un organisme gouvernemental, l'Office des personnes handicapées du Québec, dont les rôles sont les suivants:

1. Coordonner les services aux personnes handicapées et en influencer le développement.
2. Voir à l'élaboration et à la mise en œuvre des moyens assurant l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des personnes handicapées.
3. Promouvoir et défendre les droits et intérêts des personnes handicapées.
4. Contribuer à l'avancement, au développement et à l'application des connaissances relatives aux personnes handicapées et les rendre accessibles à tous.

La définition légale de la personne handicapée s'énonce comme suit: « toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier à son handicap⁴ ».

C'est à partir de ces éléments qui, on le voit, sont très larges et susceptibles d'amener des interprétations et orientations idéologiques diverses, que le personnel de l'O.P.H.Q. a dû donner une réalité concrète à la loi. Au Service de la recherche, il s'agissait de définir un champ d'intervention et un cadre théorique et méthodologique, puis d'opérationnaliser un ensemble d'actions pratiques, soit dans le cadre des services internes de l'organisme, soit sur le terrain, afin de bien cerner le sujet et de mettre au point des outils d'intervention.

Je dois qualifier cette période de particulièrement dynamique et passionnante, et en contradiction avec l'idée que l'on se fait de la rationalisation bureaucratique d'un organisme de la fonction publique. Un esprit d'équipe, un travail de mise en commun des connaissances et des réflexions, une dynamique d'innovation alliée à une certaine souplesse administrative et des rapports hiérarchiques ont permis de donner à l'organisme une impulsion de départ, encore sensible aujourd'hui, qui rend possible pour certains membres du personnel d'avoir là plus qu'un emploi, la possibilité de s'impliquer socialement et de pouvoir participer activement à une tentative de transformation des rapports sociaux.

L'urgence de la réalité sociale des personnes handicapées, particulièrement soulignée par le nombre et la complexité des demandes de soutien reçues par le Service à la clientèle, est clairement perçue par le personnel. Les difficultés rencontrées par l'organisme pour obtenir des ressources humaines et financières adéquates en fonction de son mandat peuvent en conséquence amener, à moyen terme, un sentiment de découragement à des individus impliqués dans leur travail mais à qui on ne donne pas suffisamment de moyens pour atteindre leurs objectifs de manière satisfaisante.

Travailler à la disparition de l'O.P.H.Q.

L'enjeu qui se joue à l'O.P.H.Q. est relativement clair et se pose, tout au moins pour l'équipe actuellement en place, selon la formulation suivante : un office des personnes handicapées, cela ne devrait pas exister ! Sa création, la nécessité de légiférer, ne fait que souligner un ensemble d'incohérences au niveau des politiques et des programmes, une intolérance marquée du milieu envers ce groupe de population, une ignorance des besoins et du potentiel des personnes handicapées, ensemble de constats profondément liés à l'évolution historique de la formation sociale québécoise et aux modes de production de la normalité conditionnant l'intégration ou l'exclusion de ces « différents ».

Ce qui est donc visé comme objectif c'est, par des interventions appropriées, de rendre les services et équipements offerts à toute la population accessibles aux personnes handicapées, de développer des programmes spécifiques et adéquats lorsque c'est nécessaire et cela, le plus possible, dans le milieu de vie régulier de la personne, de développer des outils de sensibilisation pour la population en général ainsi que des programmes de formation pour les intervenants impliqués dans la distribution de services. C'est, en bref, de favoriser par tous les moyens possibles le mouvement de prise de parole, de participation à la vie sociale et de développement du potentiel et de l'autonomie de ces personnes.

Les besoins des personnes handicapées sont les mêmes que ceux de tout autre individu. La tendance généralisée d'une approche clinique et mécanique de simple compensation ou réparation des déficiences physiques ou mentales, qui ne s'attaque pas aux handicaps sociaux que rencontrent les personnes ayant une déficience, perpétue le problème et l'engorgement institutionnel.

Pour pouvoir espérer disparaître, l'O.P.H.Q. doit donc à la fois agir vite avec des outils d'intervention efficaces, ne pas trop grossir et relever le défi de ne pas devenir une machine bureaucratique complexe.

Lancer un mouvement de concertation...

La difficulté réside dans l'ampleur de la problématique d'ensemble. L'O.P.H.Q. ne croit pas aux miracles et ne répondra pas à de telles attentes. Il doit trouver la collaboration et le soutien technique et humain de nombreux organismes dans tous les secteurs d'activités économiques et sociaux, lancer un mouvement de concertation avec peu de moyens, afin d'amener chacun à définir avec clarté et à remplir son mandat envers les personnes handicapées. C'est dans cette perspective qu'il a été possible de proposer au conseil des ministres un projet d'élaboration d'une politique d'ensemble à l'égard des personnes handicapées, conçu à partir des résultats de deux expériences pilotes réalisées en 1979 et en 1980 ainsi que grâce aux données et aux compétences du Service à la clientèle ; celui-ci, par son approche individuelle de chaque demande, a pu démontrer à maintes reprises l'incohérence du système actuel, l'isolement et même la misère humaine imposés à de nombreuses personnes handicapées.

Coincitant avec l'Année internationale des personnes handicapées, l'opération « Vers une politique d'ensemble » profite d'une conjoncture favorable à l'implication des décideurs ainsi que de l'ensemble des organismes para-publics, du secteur privé et des associations impliqués, mais elle vise également à dépasser le cadre d'une année un peu « tape-à-l'œil » et éphémère, au cours de laquelle, il est vrai, on parle beaucoup du sujet et des initiatives intéressantes sont engagées dans tous les milieux, mais sans que cela assure vraiment une évolution du problème à long terme.

J'ai donc participé activement à la conception, à l'orientation et à la planification du projet que le conseil des ministres a décidé d'appuyer le 11 mars 1981 en mandatant l'O.P.H.Q. pour élaborer une politique d'ensemble de prévention des déficiences et d'intégration globale des personnes handicapées.

L'adéquation des besoins et des ressources

Le travail de préparation a été réalisé au Service de la recherche avec l'aide de deux sociologues et la collaboration d'autres membres du personnel. Une méthodologie simple de travail appelée « le modèle d'adéquation des besoins et des ressources » a été raffinée par deux expériences préliminaires d'intervention, l'une dans le réseau des affaires sociales de la région de Québec en collaboration avec le C.R.S.S.S. 03⁵, et l'autre dans le domaine de l'intégration au travail. Les expériences ont permis de développer un modèle théorique de prévention et d'intégration identifiant les groupes

cibles étudiés, leurs caractéristiques et leurs besoins en fonction de chaque élément de la problématique, de même que les actions idéales à entreprendre et les organismes et ressources impliqués, avec leurs responsabilités et niveaux d'intervention. Ce modèle a servi de base à l'élaboration d'un questionnaire de 125 questions, qui est l'outil de base de travail des tables de concertation, en particulier aux niveaux régional et sous-régional. Cette période préliminaire d'expériences avec des tables de concertation m'a permis de comprendre l'importance du rôle de l'animateur, qui doit continuellement arbitrer, jouer de diplomatie, illustrer et suivre la méthodologie, ramener fréquemment la discussion vers les besoins des personnes handicapées à satisfaire et prévenir l'enlisement dans les batailles entre professionnels ou établissements.

Chaque question posée vise à amener le groupe à suivre un cheminement provoquant une discussion et des échanges pour identifier les organismes impliqués dans l'action, identifier les programmes ou services concernés, décrire les actions réalisées, identifier les carences et finalement tendre vers un consensus pour proposer des solutions en accord avec la réalité du milieu concerné. Ce processus permet souvent d'outiller le milieu pour une opérationnalisation immédiate de certaines actions, dans un sens de coordination des ressources par exemple. Des outils de sensibilisation et d'explication de la problématique des personnes handicapées ont été élaborés et nous avons travaillé avec une maison de production pour la réalisation de cinq diaporamas et d'une brochure de large diffusion, au langage accessible, expliquant à la fois le cadre théorique, les raisons justifiant l'opération et le processus proposé⁶. Cette partie du travail m'a appris combien il est important de pouvoir avoir recours à des professionnels d'autres disciplines ou simplement à des personnes ressources, et bien entendu aux budgets que cela implique, pour en arriver à des outils efficaces et satisfaisants.

Notre langage universitaire et nos modèles intellectuels élitistes et sophistiqués constituent de bien dérisoires outils d'intervention, surtout lorsque les participants sont très diversifiés et comprennent, comme dans le cas discuté ici, des personnes handicapées qui ont souvent été privées d'une scolarisation adéquate. Une équipe multidisciplinaire, dont l'importance est manifeste, est souvent peu accessible lorsqu'elle n'est pas directement disponible dans l'organisme ou que les relations sont sclérosées par la lourdeur des tâches, les délais de livraison du travail ou les imbroglios des mémos administratifs pour obtenir des budgets ou simplement une collaboration entre les services. Il faut être attentif au fait que « vulgarisation » ne doit pas signifier « traduction de concepts fondamen-

taux » pour atteindre les objectifs visés en formules « compréhensibles mais insignifiantes ».

Quelques réflexions sur les ouvertures et les limites d'une telle intervention

En ce qui concerne les ouvertures et possibilités et les limites, obstacles et résistances rencontrés lors de l'opérationnalisation de ce genre de recherche-action issue d'un organisme de la fonction publique, je terminerai en mentionnant quelques pistes, encore très partielles puisque l'opération bat son plein et ne sera finalisée qu'en mars 1982, permettant de démontrer les parallèles entre ce qui justifie une telle entreprise et les limites de son impact.

Mettre en place de véritables mécanismes de concertation entre les différents ministères et entre leurs réseaux

Un comité interministériel (douze ministères) a été formé pour assurer la participation de chaque ministère et de son réseau à cette opération. Chaque sous-ministre siégeant au comité interministériel a nommé un coordonnateur ministériel à un comité provincial dont le mandat est de participer, dans une perspective de respect de l'autonomie de la personne handicapée et de la pleine participation de celle-ci, à l'élaboration du projet de politique. Siégeant également au comité opérationnel des délégués des associations provinciales de personnes handicapées, j'assume la tâche de secrétaire de ce comité, qui coordonne onze tables de concertation provinciales travaillant sur l'ensemble des thèmes composant la problématique, avec la participation des organismes provinciaux et privés impliqués.

La collaboration reçue est actuellement très satisfaisante mais ne se fait pas sans heurt et les batailles de territoires et de mandats sont fréquentes. Il n'existe manifestement pas de perspective d'ensemble visant à prendre le problème à la source, à prévenir l'apparition même des déficiences, en prenant conscience, en particulier, des conditions sociales qui les produisent, à intégrer l'individu globalement en tenant compte de sa réalité et de son milieu au lieu de le « découper » en fonction des mandats et définitions propres à chaque réseau ou organisme. Le mécanisme de concertation au niveau des tables constitue un atout important pour atténuer ces cloisonnements.

Appuyer l'opération sur la participation du milieu

La situation historique d'exclusion sociale et de marginalisation des personnes handicapées physiques ou mentales les a éloignées de tout pouvoir décisionnel. Cette absence explique en partie l'ignorance de leurs besoins, de leur potentiel et de leurs droits, et la gravité des préjugés qui se perpétuent à leur égard. C'est pourquoi environ quatre-vingts groupes de travail sous-régionaux sont également formés, avec la participation des organismes de personnes handicapées du milieu et des organismes de services impliqués. Ces groupes sont très importants puisqu'ils permettent de jeter les bases d'une concertation indispensable à l'existence de services cohérents et coordonnés respectant les initiatives et les réalités de chaque milieu. L'ensemble de leurs rapports fournira un portrait détaillé de la situation des personnes handicapées dans tout le Québec et les organismes publics, para-publics, privés et bénévoles peuvent aussi proposer des solutions aux tables provinciales et être déjà préparés à leur opérationnalisation. Ces tables sont animées et soutenues techniquement par des équipes régionales issues du milieu et coordonnées par treize agents de développement et agents régionaux de l'O.P.H.Q., dont le rôle est primordial pour la réussite de l'opération. Des problèmes surgissent quant à la disponibilité de personnel pour former ces équipes, et les restrictions budgétaires actuelles jouent là un rôle important. L'animation et la coordination des tables sont des tâches ardues étant donné la complexité des conflits entre les réseaux, les établissements ou les organismes, et les batailles de territoires, à peu près incompréhensibles pour qui ne connaît pas les subtilités de l'histoire du milieu (tout peut être lié à une brouille entre deux directeurs d'établissement).

D'autre part, les organismes de services considèrent rarement les personnes handicapées comme une population prioritaire et leur planification du travail envers d'autres clientèles est soudain bousculée par cet organisme provincial qui semble avoir le culot de leur demander de faire leur travail.

D'autres facteurs doivent être signalés, comme la multitude d'intervenants, spécialistes ou non, et la confusion régnant dans la définition des mandats de chacun. Les discussions sont souvent stériles, et on y aperçoit la fâcheuse tendance de certains organismes à définir les besoins des personnes handicapées en fonction de leurs propres besoins de développement ou d'acquisition de pouvoir.

Il est très important, dans ce type d'opération, de tenter d'obtenir des délégués représentatifs et capables d'influer sur les décisions de leurs établissements; il faut donc sensibiliser et convaincre en premier lieu les directions des différents réseaux de la pertinence de

l'opération pour éviter les postes tablettes. La disparité régionale des services et leur centralisation à Montréal et Québec impliquent une excellente connaissance des milieux pour orienter et véritablement opérationnaliser des politiques de désinstitutionnalisation.

Encore ici il faut noter l'absence de mécanismes adéquats de participation des personnes handicapées aux prises de décision au niveau politique, au niveau communautaire et au niveau des services et programmes prévus, soit pour toute la population, soit en fonction de besoins spécifiques. Leur pleine participation à ces groupes de travail est une sorte de précédent mais pose beaucoup de problèmes. Ces organismes bénévoles n'ont que très peu de moyens, et la disponibilité de leurs membres correspond rarement aux horaires des professionnels. J'ai aussi parlé des problèmes de niveau de langage: ils sont primordiaux et il faut éviter le piège d'une parodie de représentation comme c'est souvent le cas dans les conseils d'administration. Il faudrait encore mentionner les problèmes d'articulation et d'organisation des diverses associations, qui sont souvent limitées à un type particulier de déficiences et sont réticentes à une perspective d'ensemble. De plus, les associations québécoises, malgré l'évolution marquée de leurs pressions et revendications, tendent plus à ressembler à des associations de consommateurs qu'à des groupes de lutte articulés dans leur analyse de la situation.

Pour finir, il y a ce danger permanent d'une certaine « normalisation » bien pensante, en vertu de laquelle les personnes handicapées sont perçues comme une minorité homogène ayant sa psychologie propre, dont on peut atténuer les problèmes par des actions. On aboutit ainsi à poser des gestes superficiels, qui ne font que masquer la différence, plutôt qu'à travailler à en éclairer les causes sociales « normatives » et le non-respect, et on s'abstient de laisser la parole à cette différence qui angoisse et dérange.

Voilà un ensemble de faits qui, loin de constituer des obstacles insurmontables, doivent être « digérés » parce qu'ils inspirent des motivations qui me font croire qu'il est possible, même au sein d'un organisme de la fonction publique, d'avoir des objectifs de transformation des rapports sociaux, de viser à favoriser des prises de conscience collectives, d'influer sur les discours et les pratiques normatives, de désamorcer des processus d'aliénation et d'exclusion sociale, d'amener simplement des gens à se parler et à agir ensemble. C'est dans ce sens que je vois l'importance de ce colloque.

Patrick Fougeyrollas
*Office des personnes handicapées
du Québec*

NOTES

¹ Patrick Fougeyrollas, « Normalité et corps différents. Regard sur l'intégration sociale des handicapés physiques », *Anthropologie et société*, vol. 2, n° 2, 1978.

² Gouvernement du Québec, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, chapitre 7, 23 juin 1978.

³ Gouvernement du Québec, *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, 1970-1971.

⁴ Chapitre 1, Définitions, article 1, g); chapitre 7, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, 23 juin 1978, page 91.

⁵ Comité consultatif sur la réadaptation des personnes handicapées au plan moteur et sensoriel, rapport final : *Analyse descriptive de la situation et orientations proposées en vue d'un développement des ressources et des services aux personnes handicapées physiques de la région 03*, C.R.S.S.S. 03, mai 1981.

⁶ Office des personnes handicapées du Québec, *Vers une politique d'ensemble*, Les Films Stock Ltée, Québec, mars 1981.

La psychiatrie au Québec : réalité d'hier, pratique d'aujourd'hui

Introduction

De nombreux auteurs (M. Foucault (1966), T. Szasz (1976), R. Castel (1979), etc.) nous ont appris que l'idée de définir la folie comme une maladie mentale est à vrai dire une idée relativement récente, c'est-à-dire qui date du 17^e siècle environ. Et même, il faudra attendre le milieu du 19^e siècle pour que cette idée d'assimiler la folie à une maladie débouche sur la psychiatrie comme science et comme pratique sociale.

Auparavant, du moins dans le monde occidental, la folie est pour l'essentiel éprouvée à l'état libre ; le fou circule partout où il veut, il va, il vient ; il fait partie du décor pour ainsi dire et il est intégré à la vie quotidienne ainsi qu'à la culture commune (on retrouve le personnage du fou dans la peinture, le théâtre, l'architecture par exemple). Avec le développement du capitalisme (vers le milieu du 17^e siècle en Europe) on commence à enfermer les « fous » avec l'ensemble des « marginaux » de l'époque, prêtres défroqués, libertins, pauvres, handicapés, vieillards... La « tare » commune de ces gens est précisément de ne pas être productifs, de ne pas travailler. C'est d'ailleurs ce qui explique qu'à l'intérieur de ce qu'on appelle l'hôpital général, ceux qui sont enfermés sont soumis au travail forcé. C'est là le tribut à payer à la morale bourgeoise qui s'implante : « l'oisiveté devient la mère de tous les vices ».

Donc, on peut avancer que de façon générale, les sociétés occidentales ont été largement caractérisées par une longue tradition de renfermement punitif d'une catégorie sociale appelée « malades

mentaux ». Toutefois, au fil de l'évolution, chaque société a trouvée une manière originale de rompre à un moment donné avec le système asilaire.

En France par exemple ce mouvement de rupture s'amorce aux lendemains de la seconde guerre mondiale. Durant l'occupation allemande, beaucoup de malades mentaux sont morts d'inanition dans les asiles ; les psychiatres français ont assisté impuissants à ce spectacle et dès la paix revenue ont décidé irrévérablement de sortir la psychiatrie de ce carcan, ou bien en transformant l'hôpital psychiatrique en organisation moderne de soins axée sur des techniques relationnelles, et c'est la psychiatrie institutionnelle, ou bien en développant une psychiatrie hors des murs de l'hôpital axée sur toute une gamme de soins destinés à la population, et c'est la psychiatrie de secteur.

Aux U.S.A., la santé mentale communautaire s'est développée à l'ombre du mouvement général de santé publique qui avait réussi à endiguer des fléaux publics comme la fièvre jaune, la tuberculose, etc. D'où les « mental health clinics ». Plus tard, vers les années quarante, comme la psychiatrie américaine avait réussi à juguler la névrose de combat, problème très coûteux pour l'économie militaire, les psychiatres ont vite conclu que toutes les maladies psychiatriques ne sont que « réactions » et sont susceptibles d'être guéries. Cette idée et l'arrivée des drogues psychotiques ont suffi pour transformer le visage des asiles et pour faire sortir les malades de ces institutions. De plus, la Commission conjointe sur la maladie mentale et la santé mentale et le discours du président Kennedy au Congrès américain plaident en faveur du malade mental inconsciemment rejeté par sa famille, par ses voisins et par les professionnels.

Le Québec va connaître sensiblement la même évolution, avec bien sûr un certain retard par rapport au contexte européen et aussi avec certaines particularités liées au contexte socio-culturel d'ici (voir plus loin). L'analyse de cette évolution est intéressante à plus d'un titre car, comme l'a signalé H. Wallot (1979), l'histoire de la folie dans une société donnée présente souvent un double intérêt. D'abord elle révèle « la nature des répressions » que cette société se donne et nous informe par le fait même « sur l'évolution des groupes au pouvoir dans cette société ». Cette histoire permet ainsi de constater que « les buts des organisations qui prennent en charge la folie, se concrétisent différemment selon la définition sociale de la folie à une époque et selon les intérêts en place » (p. 102). C'est dans cette perspective que l'auteur a retracé l'histoire de la psychiatrie au Québec, en dégagant cinq grandes périodes : a) la période politico-religieuse ou pré-asilaire (avant 1845) ; b) la période asilaire ou celle

du professionnalisme d'affaires (1845-1895); c) la période neuro-hospitalière ou franco-religieuse (1895-1962); la période psychiatrique (1962-1971) et finalement la période sociale (1971-1978). L'auteur conclut sur la période actuelle, qu'il identifie comme étant une période de « récupération communautaire ».

Dans la même perspective, on doit signaler l'excellente étude de Françoise Boudreau (1978) sur l'évolution du système psychiatrique au Québec, où sont dégagées trois grandes périodes : 1) du début de la colonisation à la révolution tranquille (1960), 2) de 1960 à 1970 et 3) de 1970 à 1978 (date de parution de l'article). Pour chacune de ces grandes étapes, l'auteur tente de dégager a) la principale caractéristique du système en place; b) les principaux promoteurs de ce système; c) l'idéologie dominante; d) le but officiel déclaré; e) la représentation de la situation et finalement f) le modèle d'intervention privilégié (voir le tableau ci-dessous; traduction libre). De même, la récente analyse des psychiatres G. Aird et A. Amyot (1980) sur l'évolution de la psychiatrie communautaire au Québec reprend sensiblement cette division en trois grandes étapes puisqu'ils évoquent : 1) la période de la psychiatrie asilaire, de 1845 à 1960, 2) la révolution psychiatrique au Québec, de 1960 à 1970, et finalement 3) la période de crise, de 1971 à 1977.

Comme on peut le constater, ces tentatives de « typologie » se recourent sensiblement; c'est pourquoi, pour nos besoins, nous allons tenter de les résumer brièvement, tout en étant bien conscients qu'il s'agit là de grandes étapes et que la réalité historique n'est sans doute pas aussi linéaire qu'on le laisse entendre.

La période politico-religieuse ou pré-asilaire (avant 1845)

Comme point de départ il faut citer les excellents travaux de A. Paradis et de son équipe (1976, 1978) et de H. Wallot (1979) sur le développement des « asiles » psychiatriques au Québec. Ainsi, après avoir évoqué les effets de la Conquête, le second souligne qu'avant 1845, au Québec, « la folie bien qu'émergeant comme entité distincte faisait partie d'un continuum de la déviance sociale allant de la criminalité jusqu'à l'impiété, l'hérésie ou la possession » (p. 103). Les institutions d'hébergement et d'internement (les prisons, les hôpitaux, etc.) de l'époque assumaient un rôle de répression et de contrôle social sous l'égide de l'Église; ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Québec, « on fit des exorcismes et on fonda une maison de force » pour les femmes « furieuses » ou de « mauvaise vie » (p. 103). Vers

TABLEAU 1

Les principales caractéristiques de l'évolution du système psychiatrique au Québec

Les variables	Périodes		
	Avant 1960	1960-1970	1970-1978
Le système	Système des « asiles »	Système « psychiatrique »	Système des affaires sociales (« health and welfare » system)
Les promoteurs	Les « traditionnalistes » <ul style="list-style-type: none"> • les communautés religieuses • les médecins « traditionnels » 	Les « modernistes » <ul style="list-style-type: none"> • les jeunes psychiatres 	<ul style="list-style-type: none"> • Les technocrates • Les administrateurs • Les « planificateurs sociaux »
L'idéologie dominante	La folie n'est pas guérissable	La maladie mentale est une maladie comme une autre	La santé mentale est un droit pour tous
Le but officiel	Travail terrestre pour une meilleure place au ciel	Traitement et guérison	Complémentarité entre santé physique et santé mentale
Représentation de la situation	Les communautés religieuses sont les plus compétentes pour soigner les malades	Confiance dans les experts	Tout le monde peut et doit contribuer à la guérison. Le gouvernement intervient au nom de la collectivité
Le modèle d'intervention privilégié	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de gardiennage (« custodial model ») • Traitement résidentiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle curatif • Traitement psychiatrique individualisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle préventif • Traitement intégré de santé publique

1801, le gouvernement commence à assumer les frais d'entretien des malades mentaux du Bas-Canada.

Toutefois, comme cela s'était passé en Europe, on va de plus en plus s'opposer à la mixité des fous et des prisonniers et ce, « au nom d'une nouvelle compréhension de l'aliénation » qui sert d'idéologie à la nouvelle élite professionnelle montante représentée notamment par les médecins. C'est le passage d'une phase d'internement indifférencié à une phase d'internement spécialisé. Ainsi, l'Ontario en vient à créer en 1841 le premier asile étatique au Canada, ce qui a pour effet de faire entrer, aux côtés des autorités civiles, les professionnels de la médecine dans le champ du contrôle social. Dans ce sens, ils vont rapidement établir la distinction classique entre les malades curables et les malades incurables. Malgré les nombreuses techniques dites scientifiques (les saignées, etc.) et les échecs répétés, les médecins vont justifier alors « leurs interventions surtout au niveau hygiénique et moral » (p. 104). Comme le nombre de malades « incurables » (sic) augmente sans cesse, on va se mettre à rêver d'un asile permanent qui, par sa « modernité », est censé, comme l'a bien montré A. Paradis (1978), régler tous les problèmes.

C'est donc une période où la primauté de la charité chrétienne et de la philanthropie privée est clairement affirmée. L'action sociale vis-à-vis des « fous » est assez typique de la philosophie sociale de l'époque. On assiste à un « dosage » de pratiques d'assistance et de répression; l'idéologie morale est également très présente dans le nouveau champ d'intervention qui s'élabore à cette époque, celui de l'internement des « aliénés ». Le Québec n'a donc pas échappé à cette solution de « bonne conscience » qui a consisté à isoler les malades mentaux du reste de la société par leur internement dans des asiles.

Rappelons brièvement à ce propos que dès le début du 18^e siècle Mgr de St-Vallier fait construire des « loges » pour aliénés violents sur les terrains de l'Hôpital Général de Québec. Jusqu'à la fin du 18^e siècle, l'entretien des aliénés relèvera de la charité privée, encouragée à l'occasion par une aide financière de la Cour du Gouverneur. En 1801, une première loi est votée (« Acte pour le soulagement des dérangés dans leur esprit »), qui vise simplement à aider financièrement les hôpitaux généraux de Montréal, Québec et Trois-Rivières.

Après l'Acte d'Union (en 1841), c'est le triomphe de l'humanisme anglais, avec ses critiques virulentes des conditions antérieures. Il y a aussi une certaine volonté de législation en 1845; cependant, il n'est pas question d'un asile d'État, comme à Toronto (1841), mais plutôt de la mise sur pied d'un système d'affermage, c'est-à-dire d'un contrat avec l'entreprise privée (Dr Douglas). À la même époque

c'est la création au Québec de l'asile de Beauport (1845), qui va vite devenir une institution encombrée et va fonctionner selon la règle du profit maximum.

A. Paradis (1976) a bien fait saisir la relation entre l'avènement de l'institution asilaire et les processus de l'industrialisation en cours au Québec. D'où la fonction « politique » de l'asile vis-à-vis du sous-prolétariat naissant. De plus, il analyse l'asile naissant comme une institution politique : en montrant la structure interne (90% de la clientèle est composée de Canadiens français et d'Irlandais) en regard des rapports sociaux globaux, il conclut à l'impossibilité de réaliser le rapport thérapeutique entre médecin et patient. Il fait aussi l'hypothèse d'une relation entre le passage du capitalisme commercial au capitalisme industriel et le discours sur la maladie mentale. La « nouvelle » philosophie de traitement fait appel aux notions de travail comme thérapie, d'organisme, de bonheur et d'abolition de la répression. Dès cette époque les Appareils Idéologiques d'État prennent le pas sur les appareils répressifs et la violence physique se transforme en violence morale. L'efficacité du pouvoir réside désormais dans son invisibilité et nous assistons à l'élaboration, via la thérapie, d'un processus d'intériorisation des normes dominantes chez les malades (les dominés).

De plus, A. Paradis (1976) se demande pourquoi l'asile de Beauport était privé. Parce que, répond-il, la catégorie de fous susceptibles d'internement à Beauport n'intéresse aucune des deux communautés. Au Canada français le fou a une certaine place dans la communauté traditionnelle, alors que du côté du Canada anglais on se montre peu intéressé. La petite bourgeoisie professionnelle va jouer un certain rôle dans la promotion de l'asile, principalement parce qu'elle est « dérangée » dans son travail quotidien. De plus, le fossé dans la relation médecin-malade conduit finalement à une stagnation du discours et de la thérapie. Le « traitement » est en effet marqué par une conception « médicalisée » du problème, d'où la négation de sa dimension socio-culturelle et politique. Il s'agit d'un discours « emprunté » et caractérisé essentiellement par un traitement physique à incidence morale qui vise la « libération » de l'aliéné en proposant des modes « d'occupation » et une saine alimentation. Il s'agit aussi de recourir à une pratique de psychothérapie élémentaire dans les rapports gardiens-malades : douceur, bienveillance, paternalisme, etc., ainsi qu'au conditionnement quotidien par les travaux champêtres, les pratiques religieuses et les amusements. C'est ce qu'on appelle l'humanisation du traitement. Finalement, le système binaire de classement entre curables et incurables tient lieu de nosographie... Mais le gonflement rapide de la clientèle asilaire amènera une saturation qui suscitera une

demande pour une institution plus spécialisée « pour les idiots et les aliénés sans espoir ». Et l'utopie de l'institution miracle reprend à nouveau.

La période asilaire ou la période du professionnalisme d'affaires (1845-1895)

Ainsi donc, après de multiples péripéties (pétitions, enquêtes, etc.) le premier asile est fondé à Beauport en 1845. Il deviendra au début du 20^e siècle l'Hôpital St-Michel-Archange. Par la suite, d'autres institutions asilaires sont fondées au 19^e siècle, dont les plus importantes sont situées à Montréal : St-Jean-De-Dieu (1873) et Douglas (1889). Il faut rappeler que la question des asiles va alors susciter des débats politiques et idéologiques importants : il s'agissait de savoir si les communautés religieuses devaient prendre le contrôle des institutions asilaires francophones et quelle serait la place de l'État et de la médecine dans ce système. Vers 1890 commence un long monopole des communautés religieuses qui va persister jusqu'au début des années 1960. Mais nous anticipons sur la suite.

Revenons un peu en arrière pour souligner qu'une fois l'Union du Bas-Canada et du Haut-Canada acquise (1841), on a jugé qu'il ne serait plus question de dépenser pour des aliénés du Québec et encore moins de construire un asile permanent comme en Ontario. De plus, au lieu de s'allier à l'Église, le nouveau pouvoir britannique va plutôt s'adresser à un professionnel anglais, le Dr Douglas, homme d'affaires de surcroît, afin de transiger des contrats de service pour l'asile de Beauport. Selon H. Wallot (1979), la nomination du Dr Douglas marque « l'entrée en scène de la profession médicale, du capitalisme, du colonialisme dans l'histoire de la folie au Québec » (p. 104).

De leur côté, F. Harvey (1975) et R. Samuel (1974) ont eux aussi souligné que le rôle de l'asile à cette époque consistait essentiellement à interner le plus grand nombre d'aliénés afin de « protéger la société » et qu'en conséquence l'asile était considéré comme une « maison de refuge » plutôt que comme une institution de santé, car le traitement y était davantage de nature hygiénique et morale que proprement médicale. De plus, R. Samuel (1974) a souligné que les asiles fonctionnaient alors sur le « système d'affermage », qui laissait une complète autonomie aux propriétaires. Ce système semblait économique pour la province et lucratif pour les propriétaires. Selon R. Samuel, les premières attaques contre ce « système d'affermage » se situent vers les années 1880. Certaines personnalités insinuent que le système d'affermage est synonyme de profit pour les propriétaires

et que le traitement médical est réduit à sa plus simple expression (p. 17). Jusqu'en 1880, la législation sur les asiles était à peu près inexistante, ce qui traduit, selon R. Samuel, « une certaine indifférence du gouvernement » (p. 18). Les asiles sont surtout l'affaire des propriétaires et les inspecteurs du gouvernement ont peu d'influence. Les contrats à long terme tiennent lieu de politique. Étant donné l'augmentation des coûts et des subsides, le gouvernement crée la loi de 1885, qui vise la création d'un bureau médical dont la majorité des membres serait nommée par le gouvernement. Le gouvernement veut donc assumer le contrôle médical des asiles. L'introduction de la loi va « politiser » davantage la question des asiles, suscitant de nombreux débats tant parlementaires que publics (voir les journaux); la situation est telle que le premier ministre Mercier doit instituer une commission royale d'enquête en 1887.

Par ailleurs, Alain Fugère (1978) a noté à propos de la littérature publiée au Québec au 19^e siècle l'absence de texte théorique ou analytique concernant la folie; presque tout ce qui s'écrit concerne plutôt l'administration des institutions asilaires et particulièrement leur financement. Quant aux stratégies thérapeutiques, on y fait seulement allusion car elles étaient peu présentes dans les préoccupations des médecins de l'époque. Henry Howard (1815-1887) a cependant constitué une exception, puisqu'il a publié de nombreux articles et même un volume sur le sujet. L'intérêt du texte d'A. Fugère est de montrer que « les enjeux sociaux et politiques déterminent largement l'élaboration théorique » (p. 28). Même si Howard se réfère à la Science pour justifier son discours, il n'en élabore pas moins, comme le montre A. Fugère, un discours humaniste à forte saveur religieuse; toutefois ce discours n'est pas sans lien avec les conflits socio-politiques de l'époque, particulièrement en ce qui touche le rôle de l'Église dans la société civile ainsi que les querelles autour des écoles séparées et gratuites. Bref, Howard tente de « médicaliser » le discours de la folie et d'assurer la reconnaissance professionnelle du métier d'aliéniste. Fugère a raison de conclure que le discours pré-psychiatrique québécois, même à son meilleur, n'échappe pas « à l'emprise des valeurs régnautes et des intérêts professionnels » (p. 43).

La période neuro-hospitalière ou franco-religieuse (1895-1962)

Après de multiples débats autour du contrôle des asiles, et suite à la Commission royale d'enquête de 1893, le gouvernement du Québec négocie la prise en charge de l'asile de Beauport par les

Sœurs de la Charité, moyennant un per capita annuel de 100\$ (contre 140\$ au temps du Dr Douglas et 116\$ pour l'hôpital protestant de Verdun). En 1923, à Québec, on crée la clinique Roy-Rousseau, en l'honneur de la petite élite clérico-bourgeoise (Mgr Roy est alors recteur de l'Université Laval et le Dr Rousseau est doyen de la Faculté de médecine). Cette clinique est bâtie par les patients de l'hôpital, avec l'aide d'un architecte, et doit s'occuper des patients dont l'état n'exige pas soit un internement, soit un traitement de longue durée. Toutefois, comme le souligne H. Wallot (1979), la clinique dut se financer elle-même et devint rapidement « un établissement de classe (...) qui desservit anonymement et sans dossier les personnalités religieuses et politiques » (p. 108).

Au niveau thérapeutique, le modèle médical de la maladie mentale était prédominant, de sorte qu'il s'agissait surtout d'un « modèle neurologique, modèle descriptif et fataliste où le traitement se limitait à un support médical » (p. 108) sans aborder vraiment la dimension psychiatrique. Bref, il s'agissait d'un modèle professionnel valorisant la dimension hébergement-internement aux dépens de la dimension traitement.

Par ailleurs, comme le souligne H. Wallot, « si la société a intérêt à protéger cet hôpital, si les médecins y trouvent la justification d'une participation au pouvoir de contrôle social au nom d'un savoir médical, les seules personnes qui trouvent un intérêt personnalisé dans les malades sont les religieuses qui y voient des âmes à sauver » (p. 108). Dans cette perspective, il n'est pas trop surprenant de retrouver dans ce type d'institution la forte présence d'un traitement d'ordre moral où l'on prêche aux malades la chasteté, la pauvreté et l'obéissance. À vrai dire, les religieuses ne font que répéter ce qu'on leur a inculqué.

En somme, on peut dire que depuis la Confédération le développement de la psychiatrie au Québec a suivi deux directions assez distinctes et surtout très révélatrices du clivage religieux, culturel et économique et politique entre Canadiens anglais et Canadiens français. Du côté francophone, les asiles sont pris en charge par les communautés religieuses catholiques avec ce que cela implique de moralisme et de résignation, alors que du côté anglophone, les moyens financiers (privés) aidant, les asiles se tournent vers la nouvelle « science » qu'est la psychiatrie. Ainsi donc, on a à cette époque, d'un côté une société rurale et traditionnelle, de l'autre une société résolument orientée vers le capitalisme industriel avec des valeurs reliées à l'essor économique qui sont de l'ordre du « modernisme » et du « scientisme ». C'est un peu ce qui explique ce que l'on a par la suite appelé « l'avance » des institutions psychiatriques anglophones. Du côté francophone, il faudra attendre la révolution

tranquille et donc les années soixante pour que la situation change dans les institutions pour « aliénés » et pour que l'État intervienne dans ces institutions et se préoccupe du sort de ces malades. Les Québécois francophones allaient passer de la campagne à la ville, de la société traditionnelle à la société « libérale ». L'ère des réformes arrivait et dans le domaine de la santé mentale, on allait passer rapidement, à coup de législations, de l'ère asilaire à l'ère psychiatrique, pour arriver aujourd'hui dans ce que certains ont appelé l'ère communautaire.

La période communautaire

Cette période débute par une phase de démocratisation. L'appareil de soins psychiatriques cesse d'être la chasse gardée des communautés religieuses, des médecins traditionalistes, voire des psychiatres québécois modernes qui reviennent de leur cycle de formation à l'étranger, aux États-Unis, en France ou dans les deux pays. C'est aussi l'affaire avant tout des patients eux-mêmes, les psychiatisés, ainsi que de toute une gamme de professionnels de la santé, personnel infirmier (gardes-malades, préposés), travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, conseillers en orientation professionnelle, en éducation physique, sociologues, etc. Le détonateur de la révolution psychiatrique est d'ailleurs venu principalement d'un livre rédigé par un ex-patient : *Les Fous crient au secours*, de Jean-Charles Pagé, publié en 1961 avec l'imprimatur du directeur du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, ancien médecin traitant de l'auteur. Ce cri d'alarme poussé à l'aube de la révolution tranquille s'inspire d'un mouvement de réveil, de turbulence et de contestation du monde à prédominance religieuse et rurale de l'époque. Dans la mesure où les fous constituent des otages dans une société donnée, tout soubresaut a des effets sur le sort des malades mentaux. Ainsi, beaucoup d'hôpitaux psychiatriques changent de nom et même de vocation pour mieux refléter les aspirations de l'heure. La commission d'étude des hôpitaux psychiatriques créée par le gouvernement du Québec en réponse aux propos de Jean-Charles Pagé et Camille Laurin recommande l'arrêt du dernier asile à Sherbrooke. Si la commission tolère la poursuite des travaux de construction des asiles de l'Annonciation et de Joliette c'est parce que ces deux institutions décidées au temps de Maurice Duplessis répondent à une question de survie économique de régions défavorisées à fort taux de chômage. Quant au Mont-Providence de Montréal, devenu par la suite le C.H. Rivière-des-Prairies, on le destine aux enfants

étant donné qu'il est le seul à répondre aux besoins stricts de cette population.

Donc, au lieu de construire de nouveaux asiles, il faut convertir ces lieux d'hébergement « chronicisants » en milieu de traitement humanisant et ouvrir des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. La psychiatrie commence à avoir pignon sur rue. Les professionnels de la santé mentale se trouvent dans la communauté non pas pour y établir un quadrillage policier-psychiatrique, mais pour traiter le malade mental dans sa famille, dans sa communauté. Ainsi sont mis en place, aussi bien à Montréal, Québec, Sherbrooke, l'Annonciation, Joliette et Trois-Rivières qu'à Sorel, Valleyfield et St-Hyacinthe, des services de remotivation, de réhabilitation sociale et de réentraînement au travail pour des patients chroniques fonctionnels. Des services de thérapie familiale de pré et postcure sont aussi organisés. Ainsi, grâce aux médicaments psychotropes et à la psychothérapie devenue possible, un nombre imposant de patients laissent les « donjons » de l'asile pour mener une vie plus « normale » dans un foyer nourricier. Après cette première phase, des professionnels assurent également un service de consultation, voire d'enseignement itinérant auprès des corps professionnels qui s'occupent de près ou de loin de la santé mentale ; ce sont les médecins omnipraticiens, le service social, les commissions scolaires, les unités sanitaires et la Cour du bien-être social.

Cette intervention discrète par personnes ressources interposées était de nature à éviter une psychiatrisation non désirée de toute la vie sociale et à démystifier à long terme la psychiatrie. Mais dans ce vaste mouvement de démocratisation et d'universalisation de l'éducation et des soins de santé que charriait la révolution tranquille, il aurait été mal vu de tenir l'arrière-pays à l'écart des largesses sociétales. Aussi, sous l'égide de la Division des services psychiatriques du Dr Dominique Bédard, on trouva une solution réellement québécoise : les équipes volantes, dont la base de lancement était le C.H. Ste-Justine, le C.H. Rivière-des-Prairies, l'Institut Albert-Prévost de Montréal et des hôpitaux de pointe de la région de Québec ; deux jours par mois ces équipes volantes s'envolaient vers Rouyn-Noranda (bassin de population de 60 000 habitants), Amos, La Sarre, Val d'Or et Ville-Marie (35 000 habitants), ainsi que vers la Côte Nord et la Gaspésie. Et d'année en année, la disparité régionale psychiatrique reculait, puisque dix ans après, des équipes multidisciplinaires étaient à l'œuvre en dehors de Montréal et de Québec et que 90 psychiatres y travaillaient.

Ici la psychiatrie communautaire ne s'est pas faite contre l'hôpital psychiatrique. Loin de là. L'hôpital psychiatrique s'est libéré des tâches réclusives auxquelles on l'avait relégué. Sous l'empire de

nouvelles idéologies, on procéda à la redéfinition de concepts tels que la maladie mentale, la normalité et la pathologie, l'internement. L'anti-psychiatrie en vint même jusqu'à nier le concept de la maladie mentale au point d'en faire un mythe, une pure invention de l'esprit. Mais cet excès est quand même ancré dans la réalité. En effet, jusqu'à récemment, la tâche confiée à l'hôpital psychiatrique était de contenir la folie à l'intérieur des murs de l'hôpital pour protéger la société. On avait pris l'habitude d'élever les édifices de la folie au grand air, loin de la communauté, ce qui devait confirmer à la longue la marginalité autant chez les malades que chez les soignants. L'asile devait défendre les normes « rationnelles » de la société contre l'irrationalité des individus réputés « fous ». À l'autre pôle, il s'est trouvé un courant pour prôner que le fou était en réaction saine contre une situation insupportable et qu'il se libérait de la société par des « transcendances imaginaires ».

En fin de compte nous aboutissons à une alternative à deux termes exclusifs qui suppose une division sectorielle de tout le champ de la santé mentale : le courant psychiatrique, i.e. être avec la société contre le fou, et le courant anti-psychiatrique, i.e. être avec le fou contre la société. Mais cet antagonisme a été dépassé avec le temps. Si on dit couramment que la société façonne les individus, on doit admettre honnêtement que les individus, suivant leur appartenance de classe, bénéficient de pouvoirs inégaux pour façonner en retour cette société à leur guise. Maintenant, et cela de plus en plus, l'hôpital psychiatrique devient un élément dans le réseau de la santé mentale au lieu d'être en marge de la société, et on évite par le fait même d'isoler le patient dans l'hôpital et de l'exclure de la vie sociale.

La protection du malade mental est à mettre également au compte des retombées bénéfiques de la révolution tranquille. La loi sur la protection du malade mental promulguée en 1971 a été amendée depuis. La Commission des droits de la personne a demandé qu'elle respecte la charte des droits et libertés de la personne. Ainsi, en 1978, cette commission a recommandé la prudence dans l'utilisation par le clinicien du critère de dangerosité. Elle veut particulièrement modifier l'article 11 de la loi :

Il nous semble évident qu'une personne peut souffrir de désordres mentaux graves qui soient susceptibles de mettre en danger ou la sécurité de cette personne ou d'autrui et à la fois être en mesure d'avoir la capacité de refuser d'une façon éclairée la chimiothérapie ou les électro-chocs.

À l'intérieur même des hôpitaux psychiatriques, le comité des bénéficiaires, espèce d'ombudsman, cherche par tous les moyens, à travers le maquis des procédures de l'appareil médical et du

professionnalisme triomphant, à faire respecter les droits fondamentaux du malade mental. Partout, peut-être avec réticence, on tend à reconnaître à ce citoyen la faculté de jouir au même titre que les autres des droits et des privilèges de la société. En tout cas, malgré l'extrême lenteur du gouvernement du Parti Québécois dans ce dossier, le psychiatrisé est en voie de cesser d'être un citoyen diminué, délaissé.

Mais depuis 1971, date de la mise en application de la grande réforme de la santé et des services sociaux par Claude Castonguay, la psychiatrie a perdu de son souffle. Elle avait encore besoin d'un statut particulier durant au moins une décennie pour continuer sa croisière. Mais malgré le mérite et les résultats de la Division des services psychiatriques, le bulldozer de la logique de la production industrielle a tout rasé et la psychiatrie s'est trouvée fondue dans un melting-pot. Il fallait « normaliser » même si la psychiatrie s'occupe de « l'anormal », ce qui n'entre pas dans la préoccupation du puissant lobby médico-chirurgical, encore moins dans celle des technocrates du ministère des Affaires sociales. Deux ans après, Claude Forget remplace Claude Castonguay à la tête du MAS. Mais la psychiatrie ne connaît guère un meilleur sort. Ce n'est pas à cause de la mauvaise humeur passagère ou des préjugés d'un ministre contre les professionnels de « la médecine des insensés », mais plutôt à cause d'une logique, celle de contrôler tout le champ social.

À l'exception des corporations professionnelles, comme celle des médecins, qui a réussi au cours de l'histoire à consolider ses positions, l'État québécois a radicalement mis au pas toutes les jeunes corporations qu'il avait contribué à mettre au monde depuis la révolution tranquille, par exemple celle qui regroupe les professions dites « des sciences humaines », celle des administrateurs, etc. Québec en avait marre de toutes ces corporations qui menaçaient, à cause de leur pouvoir, l'application de la réforme Castonguay-Nepveu. Le Québec venait de vivre la grève de la Fédération des médecins spécialistes (1970) et avait encore à l'esprit ce déploiement de la force médicale. L'État québécois avait des comptes à régler avec ces médecins qui, dans l'inconscient collectif, ont le droit de vie et de mort, ces médecins qui ont même accru leur pouvoir lors de la réforme de la santé et des services sociaux en développant une ligne de pouvoir parallèle à l'administration technocratique dans les organismes de santé, les conseils de surveillance professionnelle. Québec ne voyait pas d'un bon œil ces médecins qui refusaient de déléguer des actes à d'autres professionnels, qui manifestaient leur résistance au salariat, qui boycottaient systématiquement les C.L.S.C. par l'ouverture d'environ 400 polycliniques privées (plus de quatre fois le nombre de C.L.S.C.).

Donc il n'était pas question de laisser se développer au sein du ministère des Affaires sociales des groupes de pression médicale qui, un jour ou l'autre, pourraient devenir puissants. D'où la disparition de la direction des services psychiatriques du Dr Dominique Bédard et par la suite celle du Service aux malades mentaux du Dr Rhéal Lajoie. Pour Québec, il fallait non seulement uniformiser, mais aussi contrôler, c'est-à-dire réduire le nombre des détenteurs de pouvoir décisionnel.

Mais il y a quand même des causes internes à cette crise. Le pouvoir s'attaque rarement aux organisations bien portantes. Si Claude Forget a attaqué la sectorisation des soins en psychiatrie comme une entrave aux libertés individuelles, s'il a mis en doute l'efficacité du travail multidisciplinaire, c'est parce que le corps organisationnel des psychiatres était en crise, sinon ses arguments, assez discutables à notre avis, n'auraient eu aucune portée. Il y avait un conflit idéologique au sein de la psychiatrie. L'ordre du jour, c'était de pratiquer la psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital général, bref la psychiatrie devait devenir un département comme les autres. Il fallait mettre fin au statut particulier de la psychiatrie et ainsi couper court aux idéologies de gauche qui influençaient surtout les jeunes psychiatres. D'un côté les « anciens », appuyés d'ailleurs par le « lobby » médico-chirurgical, voulaient une psychiatrie plus médicale, plus chimiothérapeutique, bien résolue à ne pas envoyer l'électrochoc au musée de l'horreur. De l'autre côté les « modernes », partisans d'une psychiatrie communautaire multidisciplinaire, défendaient la prévention, les centres de jour, les C.L.S.C. ; c'étaient des psychiatres actifs dans des comités de citoyens qui écrivaient :

La participation des citoyens à la création et à la gestion des outils sociaux dont ils ont besoin pour améliorer leur vie et leur relation interpersonnelle et pour développer leurs talents dans la mesure du possible (...) semble être un des éléments des plus prometteurs en ce qui concerne la santé mentale d'un groupe (Messier, 1973).

En dernier lieu, il faut mentionner une autre réalité qui a pu avoir certains effets sur le moral des troupes. Après le dépôt du rapport Bédard en 1962, Québec avait alloué des crédits importants à la formation des psychiatres dont le pays avait grand besoin. Au point de vue financier, la situation du médecin résident en psychiatrie était des plus enviables. Or, vers 1972, l'État québécois commença à sabrer dans les budgets et ces différentes mesures incitatives disparurent, même la prime d'éloignement accordée aux psychiatres œuvrant en milieu rural. Après douze années où le nombre des psychiatres avait crû de 600%, il y eut une certaine baisse des « vocations » psychiatriques chez les finissants de médecine. Dans les années 1965-1968, 10% des finissants de médecine des universités

nord-américaines choisissaient la psychiatrie ; actuellement, le pourcentage est tombé à 3,2%. Ajoutons que les attaques virulentes des anti-psychiatres ont fait beaucoup de tort à l'image de cette jeune discipline qui avait des problèmes sémiologiques évidents (diagnostic) tout en défendant pouce par pouce son terrain menacé par l'impérialisme psychanalytique.

Et la crise continue. En janvier 1979 sort le rapport du Comité de la psychiatrie du Québec, présidé par le docteur Jacques Mackay. Son titre en dit long : *Situation de la psychiatrie au Québec : lacunes et perspectives*. Il provoque une réaction négative de la part de la majorité des psychiatres et aussi de certains groupements comme la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, qui critique le fond du rapport. Ses propositions marquent un certain recul, par exemple l'échange de la multidisciplinarité pour le système hiérarchique traditionnel, la réduction du concept de santé mentale au concept étroit de psychiatrie, et même le type d'organisation définie. D'ailleurs les psychiatres n'ont pas tous apprécié l'arrivée des autres intervenants dans le champ pourtant vaste de « la folie » et craignent les définitions sociologiques de ce phénomène (voir le Rapport Bélanger, 1979).

Les chefs de file de la psychiatrie s'inquiètent et soulèvent le débat dans les centres hospitaliers. On écrit beaucoup (Maurice Dongier, « La psychiatrie des années 80, panorama des problèmes et discussions » ; Dominique Bédard, « Réflexions sur l'organisation des services psychiatriques au Québec »), et il suffit de feuilleter le bulletin de l'Association des psychiatres du Québec pour s'en convaincre. D'ailleurs, le thème général du XV^e congrès de l'Association des psychiatres du Québec, tenu au Manoir Richelieu, à Pointe-au-Pic, dans le comté de Charlevoix, en juin 1981, témoigne de cette inquiétude : « Les vents qui soufflent au Québec en psychiatrie... » Oui, mais il faudrait que ces vents aient un écho jusqu'à l'édifice du 1075, Chemin Ste-Foy, à Québec, qui abrite les technocrates du ministère des Affaires sociales.

Réflexions sur les pratiques actuelles

Étant donné que le congrès de l'ACSALF est centré cette année sur une sociologie des lieux de pratique, nous allons tracer quelques axes de réflexion autour desquels s'effectuent nos pratiques. La description en a déjà été faite ailleurs (H. Dorvil, 1979 ; R. Mayer, 1980). Dans les années soixante, l'asile a subi les feux de la critique. Les institutions étaient décrites comme un monde kafkaïen, un univers concentrationnaire qui traitait la folie par l'exclusion,

comme un dérangement à l'idéologie de la société industrielle. L'asile a réagi en ouvrant ses portes et surtout en gavant ses pensionnaires de gâteries. Mais une chaîne en or demeure une chaîne. C'est vrai qu'il existe des dizaines de professionnels qui surprotègent les patients, c'est vrai que l'asile a transformé sa chapelle en gymnase, c'est vrai que les zones de détente ne manquent pas : bibliothèque, cinéma, bal du samedi soir, commerce de drogue, d'alcool, de sexe, voire bientôt une piscine de dimensions olympiques au C.H. Louis-Hippolyte-Lafontaine, un « engagement électoral » du ministre Lazure. Alors pourquoi le malade mental accepterait-il de retourner dans la société, cette société qui lui en offre beaucoup moins que l'asile, sans compter les préjugés qu'elle continue à entretenir à son égard ? Le patient a compris. D'ailleurs, une étude de Mme Andrée Melançon-Ouellette vient de nous apprendre que près de 80% des Québécois sont pour le maintien de l'asile, non pour eux, non pour leur famille, mais pour autrui.

Nous disons donc que l'asile a poussé le patient à ce choix schizophrénique, à ce refus de la société d'où il vient. Certains patients passent plusieurs années dans une « unité de soins » sans être l'objet d'aucun projet thérapeutique. Ensuite le patient qui vit à l'hôpital est souvent l'objet d'un rejet familial. Il en découle que l'institution en arrive à représenter tout pour lui. Et c'est là le point de rupture, le point de non-retour, car il faut absolument sauvegarder des relations avec l'extérieur, quelque conflictuelles ou nocives qu'elles puissent être. Il faut un lien autre, un lien différent, alternatif, pour que le patient ait le choix entre deux systèmes. D'où la nécessité pour le patient de laisser l'asile quelques jours par mois pour vivre dans une autre situation. Mais depuis les années soixante-dix, c'est le règne de la gestion : la finalité de l'institution n'est plus de soigner mais d'être gérée.

Les médicaments psychotropes ont été pour beaucoup dans la transformation du visage de l'asile et dans le retour massif des handicapés mentaux dans la communauté. Les chiffres sont assez éloquentes : à St-Jean-de-Dieu, par exemple, il y avait en décembre 1960 5 600 « malades », alors qu'en décembre 1980, il n'en reste plus que 2 200. L'État québécois a trouvé là un moyen pour réduire le coût astronomique du fonctionnement des hôpitaux des années soixante-dix, le prix de journée des familles d'accueil étant 10 fois inférieur à celui des institutions hospitalières.

La plupart des patients sont retournés dans la communauté, assez souvent sans préparation ; certains vivent dans des familles d'accueil, genre de mini-succursales des C.H., alors que d'autres traînent dans les gares ou vagabondent sur les grands chemins.

En milieu rural, ce n'est pas la place qui manque. Assez souvent ces patients remplacent, ni plus ni moins, les nombreux enfants partis en ville gagner leur vie. Pensez à toutes ces grandes maisons canadiennes-françaises qui sont aujourd'hui remplies et servent une nouvelle fois la communauté. Sans nier l'incitatif financier, ce qui mérite ici d'être souligné, c'est l'attachement de toutes ces personnes à leur patient, qui devient un membre à part entière de la famille, et aussi le peu de difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de convaincre les leaders de la communauté, les associations bénévoles, toute la population de faire une niche à l'handicapé mental.

La dernière réflexion concerne l'inégalité des êtres humains devant la maladie et la mort. Comme une fatalité, il existe encore une sur-représentation des membres de la classe défavorisée chez les malades mentaux. Les coussins amortisseurs des tensions axiogènes sont inégalement répartis dans nos sociétés. Les cadres d'entreprise, les professionnels stressés vont se reposer dans les Laurentides par exemple ou prennent l'avion en direction du sud, alors que l'ouvrier en butte au stress va « toffer » son ouvrage jusqu'à ce qu'il pète.

Si la maladie est déclarée, le trajet sera aussi différent. Le bourgeois canadien-français ira se remettre de sa dépression à l'Institut Albert-Prévost, le canadien-anglais au Allen Memorial Institute, ou les deux iront cacher leurs faiblesses psychiques dans les cliniques privées de Floride ou de Californie. Il faut protéger l'image de Narcisse, sa crédibilité... Quant aux assistés sociaux, ils prendront le chemin de l'asile, le C.H. Louis-Hippolyte-Lafontaine pour le francophone, le C.H. Douglas de Verdun pour l'anglophone, et ce à la risée du quartier et des copains de travail. Cette relation « classes sociales-maladies mentales » s'avère d'autant plus importante que nous vivons une époque de médicalisation de la vie, de traitement individualiste et médical des problèmes collectifs de santé, où l'on évacue cavalièrement l'influence pathogène des conditions de vie parce que ça renvoie à des luttes politiques.

Actuellement, c'est le mouvement alternatif qui porte le flambeau de la contestation sociologique de cette visée individualiste et culpabilisante. En effet, nous voyons un lien direct entre la croissance des formes de désorganisation mentale, le taux record d'admissions, de réadmissions surtout de jeunes d'à peine vingt ans et les conditions de vie et de travail aberrantes, le chômage grandissant, une compétition de plus en plus effrénée, l'écart entre les désirs chauffés à blanc par la publicité de l'abondance et la probabilité réelle pour les petites gens de les satisfaire. Bien souvent ces personnes ne comprennent pas le mécanisme de fonctionnement des rapports sociaux et se croient tout de go responsables de leur chômage, de leur pauvreté, de leur rejet, de leurs tensions familiales,

de leurs échecs. « La folie survient au moment où un individu ayant intériorisé toutes ces invalidations, développe une pensée et un mode d'être, basés principalement sur ces invalidations; ce qui l'entraîne à fuir la réalité où il ne peut satisfaire ses besoins, et il utilise les outils de fuite que son milieu lui propose: médicaments, alcool, drogue, spiritualisme, etc. » (Maison St-Jacques, 1981).

Bref, la recherche de « pratiques alternatives » est tout aussi présente, sinon plus, dans le champ des pratiques psychiatriques que dans les autres champs d'intervention sociale au Québec. Des organismes, tels que le groupe Solidarité-psychiatrie (1980) ou encore celui du Projet d'aide logement (P.A.L.) de l'hôpital Douglas (1980), etc., font appel particulièrement à la participation des patients et se situent plutôt dans la tradition des groupes d'entraide. Ces groupes, à vrai dire, s'intéressent peu à l'élaboration d'un discours politique; ils sont plutôt intéressés à développer des structures d'accueil et de support afin de faciliter l'intégration d'ex-patients psychiatriques. D'autres intervenants tentent de mettre au point un nouveau type de prise en charge qui implique le patient, son réseau et l'équipe d'intervention à travers une approche bio-psycho-sociale (Desmarais *et al.*, 1980; Desmarais et Mayer, 1980; Mayer et Desmarais, 1980; Daher, 1980). La notion de réseau se réfère ici au réseau primaire du patient identifié, i.e. à la totalité des parents, amis, compagnons de travail, voisins, etc., qui communiquent entre eux sur une base d'affinités personnelles, et ce, afin de susciter une prise en charge plus collective du problème de la maladie mentale.

La recherche de « pratiques alternatives » est particulièrement forte parmi ceux qui interviennent plus spécifiquement auprès des femmes et insistent sur l'incidence de la maladie mentale chez la femme et la nécessité de thérapies proprement féministes.

Finalement, mentionnons un certain nombre d'initiatives qui datent de l'époque des années soixante-dix et de la vogue des comités de citoyens: Clinique des citoyens de St-Jacques (1980); Clinique populaire de Pointe-St-Charles (Blanchet, 1978) et plus récemment l'initiative de la Maison St-Jacques (1981). Ces organisations se caractérisent par le fait qu'elles tentent de susciter une participation des citoyens et qu'elles abordent la maladie mentale à partir d'une problématique socio-politique de la santé... De façon générale elles dénoncent la « mentalité asilaire » qui prévaut encore trop souvent dans les institutions psychiatriques québécoises et qui maintient une distance artificielle entre soignants et soignés. Parmi les principaux objectifs poursuivis par ces organismes on peut mentionner l'appréhension de la maladie mentale à partir de trois niveaux complémentaires (soit le biologique, le psychologique et le

socio-politique); l'utilisation optimale du potentiel thérapeutique de chaque individu; la déspecialisation des problèmes rencontrés; la démystification des status sociaux et la déprofessionnalisation des rapports soignants-soignés (Blanchet, 1978, p. 4). Conséquemment, on insiste beaucoup sur l'implication réelle et concrète des soignants avec les soignés dans un processus de changement social. Finalement, les problèmes de santé physique ou mentale sont souvent mis en relation avec les caractéristiques du mode de production en général et avec les conditions de vie ou de travail en particulier.

En théorie et en pratique, cette nouvelle approche permet à la Maison St-Jacques, par exemple, d'offrir à 125 jeunes (de 18-30 ans) la possibilité de se réapproprier une identité et de se lier socialement. Par leur implantation dans les quartiers populaires, leur implication dans les organismes communautaires, leur disponibilité à dialoguer avec tous et leur franche collaboration avec les autres intervenants du milieu institutionnel, les trente unités du mouvement alternatif à la psychiatrie ne constituent plus une marginalité mais un défnissement majeur dans le champ de la santé mentale. Ce n'est pas pour rien qu'il existe au MAS un comité du mouvement alternatif à l'ombre de la toute nouvelle direction du service des programmes de santé mentale. Les grilles d'analyse devront donc se figner à nouveau pour tenir compte de cette nouvelle réalité... non monolithique.

Robert Mayer
Université de Montréal
École de service social

Henri Dorvil
C.H. Louis-Hippolyte-Lafontaine (C.S.S.M.M.)

Bibliographie

- G. Aird et A. Amyot, « La psychiatrie communautaire », in Lalonde et Grunberg (1980).
- L. Blanchet, « La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective », *Santé mentale au Québec*, vol. 3, n° 1, 1978.
- Françoise Boudreau, « The Quebec psychiatric system in transition », *La Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 17, n° 1, février 1980, p. 122-138.
- J.F. Chapdelaine, « Le rôle du travailleur social dans l'équipe multidisciplinaire en milieu de santé », *Intervention*, n° 48, p. 7-12.
- Clinique des citoyens de St-Jacques, « Comment défendre la santé du peuple et sa santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 5, n° 1, juin 1980, p. 47-54.
- Collectif Les Équipes Volantes, *La Psychiatrie communautaire dans le Nord-Ouest Québécois*, Collection « Équipes psychiatriques pour adultes et enfants », mars 1969-décembre 1970, p. 10.
- P. Daher, « Les pratiques de réseaux : recherche-action », *Intervention*, n° 58, 1980, p. 13-24.
- D. Desmarais et R. Mayer, « Le modèle d'intervention auprès du réseau (illustration et commentaire) », *Santé mentale au Québec*, vol. 5, n° 1, juin 1980, p. 22-41.
- D. Desmarais, C. Hamel, R. Dauphinais, L. Roy et C. Sterlin, « Un modèle bio-psycho-social d'intervention en réseau », *Service social*, 29 : 3, 1980.
- H. Dorvil, « Intervention socio-psychiatrique à Berceauville », *Revue internationale d'action communautaire*, printemps 1979, p. 43-51.
- Alain Fugère, « La stratégie matérialiste d'Henry Howard, médecin aliéniste québécois (1815-1887) », *Santé mentale au Québec*, vol. 3, n° 2, nov. 1978, p. 27-45.
- Pierre Harvey, « Préliminaires à une sociologie historique des maladies mentales au Québec », *Recherches sociographiques*, vol. 16, n° 1, 1975.
- M.L. Lachapelle, « Faut-il sonner le glas... de la psychiatrie communautaire ? » *Les Cahiers du psychologue québécois*, vol. 2, n° 1, 1979, p. 20-23.
- Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg (sous la direction de), *Psychiatrie clinique. Approche contemporaine*, Chicoutimi, G. Morin Éditeur, 1980, p. 872.
- R. Mayer et D. Desmarais, « Réflexion sur la recherche-action : l'expérience de l'équipe d'intervention en réseau de l'hôpital Douglas à Montréal », *Service social*, 29 : 3, 1980.
- Maison St-Jacques, *Textes de présentation*, Montréal 1981, miméo, 30 p.
- Andrée Melançon-Ouellette, *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1980, 185 p.

- Michel Messier, *Le Rôle du C.L.S.C. dans l'organisation des soins psychiatriques*, texte présenté au congrès de l'Association des psychiatres du Québec, 1973.
- J.-C. Pagé, *Les Fous crient au secours*, Montréal, Éd. du Jour, 1961, 117 p.
- André Paradis et collaborateurs ; « L'émergence de l'asile québécois au 19^e siècle », *Santé mentale au Québec*, vol. 2, n^o 2, nov. 1976, p. 2-44.
- André Paradis, « L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 3, n^o 1, juin 1978, p. 18-36.
- Marc Renaud *et al.*, *Médecine et société: les années 80*, Montréal, Éd. coopératives Albert St-Martin, 1981.
- Rodrigue Samuel, *Aperçu historique des asiles d'aliénés dans la Province de Québec entre 1845 et 1890*, Université Laval, Institut supérieur des sciences humaines, mai 1974, 25 p., texte miméo.
- Yanick Villedieu, « Les nouveaux asiles », *Québec Science*, sept. 1979, p. 16-21.
- Alain Vinet, « La vie quotidienne dans un asile québécois », *Recherches sociographiques*, vol. 16, n^o 1, 1975, p. 85-112.
- Hubert Wallot, « Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 4, n^o 1, juin 1979, p. 102-123.
- Le Comité de la psychiatrie du Québec, *Situation de la psychiatrie au Québec: lacunes et perspectives d'organisation*, Montréal, 22 février 1979, 42 p.
- C.P.T.S.Q., *Commentaires et recommandations sur le rapport. Le Comité de la psychiatrie du Québec*, 11 juin 1980, 10 p.

3

Information et recherche comme outils de planification et de programmation de services

L'Etat d'analyser les fondements et conséquences d'un engagement social soutenu ou provoqué par une institution politique ? Il a plutôt pour tâche d'évaluer, conformément à certaines « normes », si les stratégies et interventions mises en place permettent d'atteindre les objectifs visés. Quelle est donc la pratique réelle du sociologue travaillant dans un organisme d'Etat ? À quels problèmes d'éthique doit-il faire face ? Quelle pourrait être sa pratique ?

Un bref survol des tendances générales observées quant à la présence du chercheur et aux politiques de recherche de/dans l'Etat me permettra d'abord de noter un changement du rôle et de la place de la recherche dans les organismes gouvernementaux et une incidence de l'Etat dans les pratiques de recherche. Une fois ces constatations faites, j'examinerai l'évolution des activités de recherche gouvernementales pour le cas spécifique de la francophonie du Québec. Puis j'antarotera une discussion sur les repercussions possibles de ces pratiques de recherche, ou de toutes autres sensibiles, pour le chercheur sociologique.

3

Information et recherche
comme outils de
planification et de
programmation de services

Le chercheur dans l'État : politique d'évaluation ou évaluation politique ?

La recherche telle qu'elle est opérationnalisée pour/dans les organismes d'État s'est considérablement modifiée depuis quelques années : par exemple il n'appartient plus au chercheur engagé par l'État d'analyser les fondements et conséquences d'un changement social souhaité ou provoqué par une institution politique ; il a plutôt pour tâche d'évaluer, conformément à certaines « normes », si les stratégies et interventions mises en place permettent d'atteindre les objectifs visés. Quelle est donc la pratique réelle du sociologue œuvrant dans un organisme d'État ? À quels problèmes d'éthique doit-il faire face ? Quelle pourrait être sa pratique ?

Un bref survol des tendances générales observées quant à la présence du chercheur et aux politiques de recherche de/dans l'État me permettra d'abord de noter un changement du rôle et de la place de la recherche dans les organismes gouvernementaux et une ingérence de l'État dans les pratiques de recherche. Une fois ces constatations faites, j'examinerai l'évolution des activités de recherche gouvernementales pour le cas spécifique de la francisation du Québec. Puis j'amorcerai une discussion sur les répercussions possibles de ces pratiques de recherche, ou de toutes autres semblables, pour le chercheur sociologue.

Présence du chercheur et politiques de recherche dans l'État

La présence du chercheur dans l'État est étroitement liée, selon moi, à l'évolution des orientations et du rôle de l'État dans la société québécoise.

État-Providence¹ depuis le début des années 1960, parce que pourvoyeur de services, État-Sociologue² également, puisque analyste et planificateur de changements sociaux, l'État québécois est devenu graduellement, à partir du milieu des années 1970, État gestionnaire. En effet, depuis le début de la révolution tranquille, l'État québécois a mis en œuvre différentes politiques en vue d'amener des changements au sein de la société québécoise ; cependant, dès 1975, il est contraint de rationaliser ses opérations à cause d'impératifs économiques et se doit donc de diminuer ses activités de planificateur de services pour se consacrer presque entièrement à des fonctions de gestion des services en place.

Parallèlement à cette évolution, l'État québécois s'est associé, pour atteindre ses objectifs, divers spécialistes en sciences humaines qui ont eu, dans le temps, une place et des rôles différents : ils ont été conseillers, puis planificateurs de changements sociaux et évaluateurs de politiques. Ces spécialistes ou chercheurs, d'abord peu nombreux, étaient recrutés dans le milieu universitaire. Puis leur nombre a augmenté, suite à l'intensification des politiques de changements sociaux, et ils ont progressivement été insérés dans le fonctionnement organisationnel de l'État, au sein des divers ministères et organismes gouvernementaux. Chargés dans un premier temps de planifier les changements sociaux et d'élaborer différentes politiques, puis dans un deuxième temps de veiller à leur implantation et finalement d'évaluer leur impact, ces experts sociologues, économistes, anthropologues, psychologues, etc., ont initialement joui d'une certaine visibilité, d'une reconnaissance publique et d'une autonomie relativement importante. Toutefois, l'avènement de l'État gestionnaire a vraisemblablement modifié cette situation.

En effet, l'État semble influencer, pour ne pas dire contrôler, de plus en plus le travail des chercheurs qu'il paie : si cette pratique est moins fréquente pour les contractuels, elle est certainement assez courante pour les chercheurs à sa solde de façon permanente. Pour mieux comprendre pourquoi et comment s'exerce cette influence, il me paraît nécessaire de tracer un portrait de l'évolution des principales activités d'un chercheur de/dans l'État depuis 1960, et ce à partir d'un compte rendu des tendances générales observées par divers chercheurs canadiens et étrangers.

Ainsi, Michael J. Prince et John A. Chenier³, après une analyse diachronique des activités de recherche au sein d'organismes et ministères gouvernementaux canadiens, ont élaboré une théorie sur la montée et le déclin éventuel des services de recherche et de planification à cause de facteurs organisationnels tels que les conflits d'intérêts, les difficultés de fonctionnement, le manque d'intégration des chercheurs, etc. Pour les fins de leur démonstration, ils ont établi un modèle où les services de recherche sont caractérisés selon deux axes, soit leur degré d'initiative (réactif-proactif) et leur degré de visibilité (invisible-visible). Selon cette analyse, les services de recherche canadiens ont été caractérisés de 1960 à 1975 par une bonne visibilité — taille du service, place au sein de la structure organisationnelle, etc. — et ont également été investis d'un rôle dit proactif, soit un rôle d'élaborateurs, d'initiateurs de politiques et de changements sociaux. Puis, à partir du milieu des années 1970, une diminution d'effectifs et une baisse de niveau hiérarchique dans l'organigramme ont entraîné pour ces services de recherche et de planification une visibilité moindre ; de plus, ils se sont vu attribuer un rôle ou mandat de plus en plus réactif, soit celui de gestionnaire et d'évaluateur de projets générés ou commandés par divers agents œuvrant à l'extérieur des services de recherche mêmes.

Cette analyse correspond assez bien, selon moi, à la situation vécue dans certains services de recherche au sein de l'État québécois. Toutefois, si le glissement d'orientation des politiques de recherche dans l'État depuis 1975 peut être imputable, comme Prince et Chenier l'ont souligné, à des facteurs organisationnels, ce glissement est d'abord, à mon avis, un des résultats de la réorientation générale de l'action de l'État québécois, devenu État gestionnaire.

En fait, comme nous le verrons dans l'étude de cas qui suit, nous nous trouvons maintenant devant une tendance de la part des dirigeants à confier aux chercheurs des mandats de recherche plus modestes voire rationalisés, soit des mandats courts comportant des objectifs précis et restreints.

En pratique donc, ces activités de recherche (réactive) relèvent de la recherche évaluative plutôt que de la recherche fondamentale : l'État est surtout intéressé à examiner si et comment les politiques mises en œuvre rencontrent les objectifs fixés ; par conséquent l'État aurait, selon Graycar⁴, une propension à laisser de côté la compréhension du processus de la dynamique sociale et économique ainsi qu'à abandonner graduellement son rôle de planificateur de changements sociaux. L'État devient donc un gestionnaire des politiques en place et ne met plus en œuvre de nouvelles politiques de grande envergure, ce qui se reflète effectivement dans ses pratiques de recherche.

En fait, les recherches pratiquées dans et commandées par plusieurs des organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux sont généralement de même nature que les quatre types suivants de recherche évaluative définis par Rossi, Freeman et Wright⁵, spécialistes en évaluation de politiques sociales de développement et d'implantation de programme.

Type 1. *Évaluation pour implantation de programme*: d'abord identifier et localiser le changement désiré, ensuite définir opérationnellement la clientèle du programme à planifier et finalement déterminer la meilleure intervention possible pour amener le changement souhaité.

Type 2. *Évaluation de la mise en œuvre du programme*: déterminer, le plus systématiquement possible, si le programme est mené en conformité avec le plan originel et s'il rejoint la population cible.

Type 3. *Évaluation d'impact*: mesurer jusqu'à quel point le programme planifié amène les changements désirés.

Type 4. *Évaluation de l'efficacité économique*: établir les coûts-bénéfices et coûts-efficacité du programme.

Notons que les projets de recherche réalisés depuis quelques années à l'intérieur des structures pour l'Office de la langue française, organisme gouvernemental québécois, s'apparentent presque exclusivement à l'un ou l'autre des trois derniers types de recherche définis ci-dessus.

Une étude de cas: francisation du Québec et évolution des activités de recherche financées par l'État québécois

En accord avec les tendances générales observées depuis quelques années quant à l'évolution des politiques gouvernementales et des activités de recherche dans l'État, nous constatons, en examinant le cas de la francisation du Québec, le passage d'activités de recherche fondamentale à des activités de recherche évaluative, lié à la transformation de l'État sociologue en État gestionnaire.

En effet, comme le souligne Pierre E. Laporte, actuel directeur de la Direction de la recherche et de l'évaluation à l'Office de la langue française, l'action gouvernementale en matière de francisation s'est diversifiée et intensifiée depuis 1960 pour atteindre son point culminant en 1977:

En réalité, c'est lors de la création en 1960 du premier Office de la langue française que l'intervention de l'État allait devenir durable et étendue; fait à signaler, l'intervention de l'État devait porter d'abord sur le corpus, le mandat de l'Office étant à ses débuts

presqu'exclusivement axé sur la purification de la langue : sa qualité. Mais des préoccupations plus larges axées sur le statut du français devaient apparaître en 1965 alors que le gouvernement du temps déposait un livre blanc sur la politique culturelle dans lequel il était proposé de donner au français le statut de langue prioritaire et d'agir tant sur la qualité de la langue que sur son usage au Québec. En 1965 s'amorçaient donc les idées-forces qui allaient inspirer l'aménagement linguistique durant les années à venir et ce du double point de vue du corpus et du statut. Par la suite et surtout après 1970, le développement de l'aménagement linguistique fut extrêmement rapide. Après la Commission d'enquête sur la situation du français et les droits linguistiques dont le rapport fut déposé fin 1972, l'action de l'État en matière linguistique s'amplifia de façon considérable : loi sur la langue officielle en 1974 et Charte de la langue française en 1977. Donc en une vingtaine d'années, et surtout depuis 10 ans, est apparu un véritable système d'aménagement linguistique québécois, système au sein duquel l'État joue le rôle central⁶.

De fait, reliée à cette diversification et à cette intensification de l'action de l'État en matière linguistique, nous assistons à une évolution dans le type d'activités de recherche commandées par l'État. En effet, jusqu'en 1972, moment du dépôt du rapport de la Commission d'enquête sur la situation du français et les droits linguistiques (Commission Gendron), les chercheurs étaient étroitement associés à la planification et à l'implantation de ces politiques gouvernementales et ce suite à de vastes programmes de recherche : ces chercheurs rémunérés par l'État (mais non encore intégrés au sein de l'État) furent les principaux conseillers, auprès du gouvernement, dans l'élaboration des différentes lois linguistiques au Québec. Ainsi, ils ont bénéficié d'une bonne visibilité et d'une notoriété comme spécialistes en planification linguistique⁷.

Avec la loi sur la langue officielle (loi 22) en 1974, un important changement s'opéra au sein des activités de recherche liées à la francisation du Québec ; notons que ce changement coïncida avec l'introduction de la Direction de la recherche et de l'évaluation au sein de la structure organisationnelle de l'Office de la langue française. Les activités de recherche pratiquées pour/dans l'État, pour l'organisme planificateur, maître d'œuvre de la francisation du Québec, s'apparentèrent de plus en plus à la recherche évaluative de fonctionnement plutôt qu'à la recherche fondamentale exploratoire et prospective⁸.

Par conséquent, et ce surtout depuis 1977, moment de la sanction de la Charte de la langue française, nous assistons à une réorientation des activités de recherche, qui sont axées principalement sur les moyens de mise en œuvre, l'impact et l'efficacité du processus de

francisation lui-même: les chercheurs se voient ainsi confier des mandats plutôt éloignés de ceux propres à permettre d'évaluer les fondements et conséquences du changement social originel planifié⁹. Dès lors, on effectue, on gère, des recherches d'évaluation de mise en œuvre de programme, d'impact de programme, d'efficacité économique de programme, selon les définitions de Rossi, Freeman et Wright, et ce conformément à l'hypothèse de Graycar sur l'évolution de la recherche gouvernementale dans l'État.

En fait, cette évolution des activités de recherche se voit légitimée, puisque le processus de francisation du Québec est présenté par nos politiciens et perçu par la population comme étant irréversible. Ce caractère d'irréversibilité de la francisation dispense donc l'État d'avoir recours à des recherches susceptibles de remettre en cause le processus. De plus, le passage de l'État-Providence, pourvoyeur de services, à un État gestionnaire, rationalisateur des services, écarte de plus en plus, selon moi, la possibilité de commandites de recherches en vue de la planification et de la mise en œuvre de nouveaux programmes dans ce champ d'action gouvernemental.

Fait à noter, on observe que la réorientation des politiques de recherche sur la francisation du Québec coïncide généralement avec un contrôle accru de l'État dans les démarches de recherche et donc avec une perte d'autonomie croissante pour les chercheurs. Cette ingérence de l'État dans le travail du chercheur — ingérence probablement observable dans d'autres services de recherche gouvernementaux québécois — s'effectue par l'introduction de certaines « normes », et cela à tous les niveaux, autant dans les recherches portant sur la gestion du personnel que dans les recherches relatives au processus d'implantation d'un programme de changement.

En effet, si on se réfère aux critères académiques propres aux sciences sociales, une démarche scientifique se déroule comme suit: déterminer par une problématique valable les objectifs, la méthodologie et la population à étudier, élaborer des hypothèses de travail pertinentes, et finalement produire une analyse des résultats la plus « objective » possible. En théorie, l'État accepte ces critères mais il a, en plus, d'autres attentes et privilégie certaines « normes » auxquelles il est préférable de se conformer si on veut trouver audience auprès des dirigeants. Ainsi, une démarche de recherche recevable doit:

- 1) *Mesurer et chiffrer le changement souhaité à l'aide d'un grand nombre d'indicateurs sociaux mais qui sont quantitatifs plutôt que qualitatifs*: par exemple, les priorités de recherche à l'Office de la langue française en 1979-1980 furent d'évaluer les effets de la francisation en termes de coûts et bénéfices; commandée à un groupe d'économistes, cette recherche devait surtout permettre

de *chiffrer* l'impact de la Charte de la langue française sur les entreprises.

- 2) *Ne pas questionner ou très peu les fondements des programmes à évaluer et leurs conséquences indirectes*: par exemple, dans une évaluation du programme de gestion du personnel par horaires variables à l'Office de la langue française, seuls les résultats sur le temps de présence au travail des employés semblent avoir intéressé les initiateurs du programme; l'identification d'une « conscience du temps » accrue, et donc du danger d'une baisse de motivation au travail des employés, n'a suscité que peu d'intérêt.
- 3) *Conduire à une série de recommandations pouvant permettre aux intéressés de réorienter leur action pour atteindre le plus efficacement possible leurs objectifs*: par exemple, une évaluation du respect de l'échéancier du processus de francisation prévu dans la loi a été commandée afin d'élaborer une stratégie et les réajustements nécessaires dans l'éventualité d'un retard de ce processus; en réalité, cette démarche ne devait pas ou peu comporter de remise en question quant aux objectifs et au fonctionnement même du calendrier de réalisation de la francisation des entreprises.

Cette identification de « normes » de recherche à respecter rend certainement compte d'un lieu d'influence de l'État sur la recherche. Mais il existe aussi un second lieu d'influence de l'État: en effet, s'il ne peut influencer la démarche de recherche proprement dite, comme c'est souvent le cas pour des chercheurs engagés à contrat, l'État filtrera la diffusion des résultats: certains rapports de recherche ne seront jamais diffusés; d'autres le seront mais résumés et amputés d'analyses remettant en cause les politiques gouvernementales; autre possibilité, on publiera entièrement le rapport de recherche et cela surtout s'il ne mentionne pas la moyenne non significative ou omet de parler de l'écart type. Warren¹⁰ attribue l'exercice d'un contrôle de la part des planificateurs et agents de changement à l'existence d'enjeux de pouvoir: par conséquent, plus le changement social projeté est grand, plus il génère de résistances de la part de la cible du changement et exige un contrôle serré des intervenants. Ainsi, dans cette étude de cas sur la francisation du Québec, l'État, au nom de la majorité des citoyens francophones du Québec, charge l'Office de la langue française de veiller au rééquilibre des pouvoirs sociaux et économiques des francophones et anglophones au Québec: un tel objectif entraîne certainement des résistances de la part des cibles visées; l'État légitime alors son ingérence dans les activités de ses fonctionnaires et gestionnaires (dont ceux de la recherche) car ces activités sont susceptibles de

comporter des implications politiques importantes voire d'entraver le changement désiré. Ainsi, il pourra y avoir intervention sur le choix de l'échantillon ou priorité accordée aux projets d'analyses de cas de réussite plutôt que de cas d'échecs et, en dernier lieu, exercice du droit de veto quant à la diffusion de résultats sujets à controverses.

Le chercheur sociologue dans l'État

Ce bref inventaire de certaines des pratiques réelles de recherche et de contrôle de la recherche dans l'État et par l'État nous amène à une réflexion sur les problèmes d'éthique qu'elles engendrent. Donc, que dire :

- *de la validité* des résultats d'une enquête sur l'impact de la francisation quand les sujets observés et interrogés sont ceux qui sont déjà « apprivoisés » à (ou engagés dans) le processus de francisation ?
- *de la fiabilité* des résultats d'une enquête ayant pour but de déterminer les attitudes des commerçants tenus de franciser leur raison sociale, alors que l'enquêteur chercheur est clairement identifié à l'organisme d'État chargé d'appliquer cette loi ?
- *de la confidentialité* des données recueillies quand l'État oblige ses chercheurs, à contrat ou à sa solde, à révéler les noms des compagnies interrogées sur le processus de francisation dans l'entreprise ?

Qu'en dire ou que faire ? Comme solutions éventuelles pour pallier les problèmes vécus par le chercheur sociologue œuvrant dans un organisme d'État, trois scénarios s'offrent à nous.

Le premier scénario, le plus radical, consiste pour le chercheur à refuser de se conformer aux normes de recherches évaluatives privilégiées par l'État, voire à quitter l'organisation gouvernementale pour œuvrer seul ou dans des institutions privées à titre de chercheur autonome. Toutefois, l'expérience montre que, privé de moyens institutionnels et financiers, le sociologue peut perdre foi en sa profession et que travailler pour un organisme hors de l'État ne signifie pas nécessairement une absence de contrôle ou d'engagement.

Le deuxième scénario, sans doute le plus courant et le plus pratiqué aujourd'hui au sein de l'État gestionnaire, est celui qui consiste pour le chercheur à s'adapter au rôle défini à son intention par l'organisme où il travaille : par exemple, le sociologue s'adapte en restreignant volontairement l'étendue de la pratique de recherche idéale (inhérente à sa formation de spécialiste de l'étude scientifique des faits sociaux) pour devenir un citoyen professionnel ; ce citoyen

professionnel, tel que le définit Anderson¹¹, agit en conformité avec les idéologies politiques de l'organisme qui l'emploie, ce que l'État « attend » naturellement de tout bon citoyen. Ou encore, le sociologue s'adapte en devenant un chercheur très habile à produire une quantité appréciable de résultats mais aussi habile à éviter de prendre position sur ces derniers.

Enfin le troisième scénario, emprunté à Form¹² et préconisé à l'heure actuelle par beaucoup de chercheurs¹³, est celui du « bargaining process » : cette pratique implique, dans un premier temps, la création d'un réseau d'information entre agents œuvrant à l'intérieur d'une même structure, d'un même organisme, et ce afin de créer des liens (un capital social, selon Bourdieu¹⁴) permettant l'assurance d'une certaine crédibilité entre pairs. Cette crédibilité, dans le second temps du « bargaining process », permet d'établir un *modus vivendi* avec les paliers supérieurs de l'administration, offrant ainsi au chercheur (sociologue ou autre) la possibilité de définir son rôle et sa place dans l'organisme en conformité avec son éthique professionnelle.

Alors que faire ? Adopter l'un des trois scénarios précédents ou encore répondre, comme Form :

Le pouvoir, non l'éthique, déterminera les tactiques que les parties adopteront pour atteindre leurs fins¹⁵.

Manon Bourgeois
Office de la langue française
Direction de la recherche et de l'évaluation

NOTES

¹ Le concept d'État-Providence est emprunté à A.W. Gouldner, *The Coming Crisis of Western Sociology*, New York, Basic Books, 1971, 528 p.

² Le concept est emprunté à G. Lapassade et R. Lourau, *Clefs pour la sociologie*, Paris, Seghers, 1971, 240 p.

³ J. M. Prince et A. J. Chenier, « The rise and fall of policy planning and research units: An organizational perspective », *Canadian Public Administration Review*, vol. 23, n° 4, hiver 1980, p. 519-541.

⁴ Cette hypothèse s'inspire de celle de Graycar sur l'État de la recherche gouvernementale en Australie : A. Graycar, « Political issues in research and evaluation », in *Evaluation Quarterly*, vol. 3, n° 3, août 1979, p. 460-465.

⁵ H. P. Rossi, E. H. Freeman et R. S. Wright, *Evaluation, A Systematic Approach*, États-Unis, Sage Publications, 1979, 336 p.

⁶ P. E. Laporte, *L'Aménagement linguistique au Québec*, Office de la langue française, septembre 1980, 34 p., non publié.

⁷ Pour une analyse détaillée du rôle et de la place de la recherche dans l'État au moment de la Commission Gendron, voir John Meisel, « L'identification du problème linguistique : données sociolinguistiques et commissions d'enquête », in *L'État et la planification linguistique, principes généraux et cas particuliers*, publié sous la direction de André Martin, Montréal, Office de la langue française, 1981, 188 p., p. 56-85.

⁸ Notons qu'un autre organisme gouvernemental ayant pour mandat, entre autres, des activités de recherche liées à la francisation du Québec, a été créé en 1977, soit le Conseil de la langue française. Je n'élaborerai pas dans le cadre de ce travail sur les raisons ayant motivé la création de cet organisme et sur le développement de celui-ci ; mais j'aimerais souligner que, selon moi, les pratiques de recherche du Conseil de la langue française, avec le temps, ressemblent de plus en plus à celles de l'Office de la langue française.

⁹ Prince et Chenier attribueraient ce changement d'abord à des changements organisationnels, tels que les modifications survenues au sein de la haute direction de l'Office de la langue française ; toutefois, je crois que cette nouvelle orientation des activités de recherche est aussi un résultat des politiques de rationalisation de l'État québécois.

¹⁰ R. L. Warren, *Truth, Love and Social Change*, Rand McNally, 1971, 309 p. ; *Social Change and Human Purpose*, New York et Chicago, Prentice Hall, 1977, 348 p.

¹¹ Charles H. Anderson, *Toward a New Sociology, A Critical View*, Homewood, Illinois, The Dorsey Press, 1971, 378 p.

¹² H.W. Form, *The Organization Management and Tactics of Social Research*, Richard O'Toole (éd.), Cambridge, Mass., Shenkman Publishing Company Inc., 1971, chapitre I, « The sociology of social research », p. 3-42.

¹³ Voir à ce sujet, L. Polivka et E. Steg, « Program evaluation and policy development : Bridging the gap », in *Evaluation Quarterly*, vol. 2, n° 4, novembre 1978, p. 696-707.

¹⁴ P. Bourdieu, « L'économie des échanges linguistiques », in *Langue française*, n° 34, 1977, p. 17-34.

¹⁵ *Op. cit.*, p. 27.

L'impact de la recherche sur la planification dans les départements de santé communautaire de la région métropolitaine de Montréal : réalité ou illusion?

Planifier, c'est décider des grandes orientations d'une organisation, des moyens de les concrétiser et d'en évaluer la pertinence. Ce processus décisionnel a besoin d'être alimenté par différentes sources de connaissance, dont, en premier lieu, les recherches de différents spécialistes. Il est donc normal qu'un chercheur, intégré à un organisme ayant une fonction planificatrice, pose la question des liens entre sa recherche et le processus de planification, en particulier celle de l'impact de la première sur le second. Une étude en cours sur les pratiques de recherche dans les départements de santé communautaire de la région métropolitaine de Montréal¹, qui est centrée sur les déterminants socio-cognitifs et organisationnels de la recherche, va nous permettre *indirectement* d'apporter des éléments de réponse à cette question.

Notre approche sera indirecte, et par le fait même incomplète, dans le sens où, ne disposant pas de données sur l'effet différentiel de chaque recherche sur la planification (tel élément de telle recherche a-t-il eu tel effet sur tel élément du processus de planification?), nous posons certaines conditions d'impact de la recherche sur la planification et nous regardons où se situent concrètement les chercheurs par rapport à ces conditions. En fait, ces conditions peuvent se situer à plusieurs niveaux. Nous en identifions trois ici, qui, sans être exhaustifs, nous paraissent essentiels. Un premier niveau est celui du rapport du chercheur, comme individu et comme membre d'une équipe de recherche, à la structure organisationnelle; un chercheur peut influencer les décisions par sa position, ses fonctions et son statut dans l'organisation. Les conditions d'impact

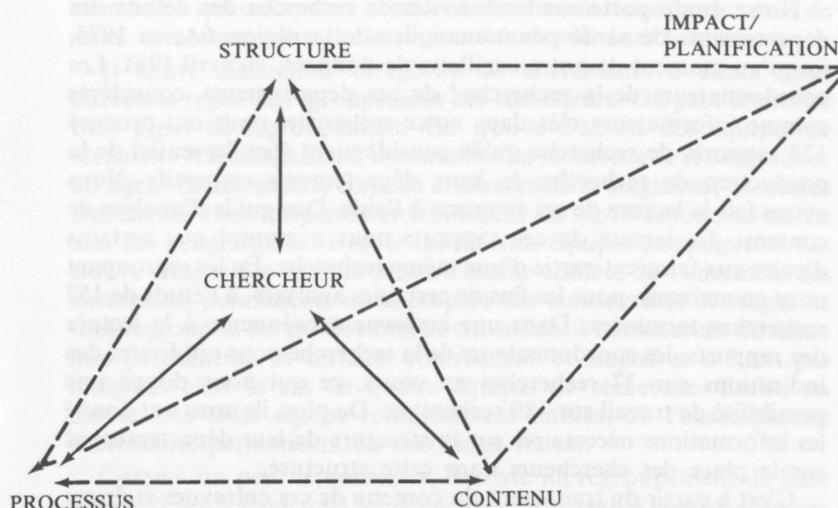
sur la planification sont alors de l'ordre de la présence des chercheurs dans les instances (ou comités) de planification, d'un statut reconnu de ressource en planification, de l'existence d'une équipe intégrée de recherche.

À un deuxième niveau, il faut regarder le rapport du chercheur au processus de potentialisation-actualisation de chacune des recherches. L'idée et la définition d'un projet potentialisent la recherche; l'exécution et la direction l'actualisent. Entre les deux, il y a le geste de la décision de réaliser la recherche. Dans ce cas, les conditions d'impact sur la planification sont la présence et la participation du chercheur à chacun des moments du processus, en particulier à ceux de l'émergence de l'idée, de la définition du projet et de la décision de réaliser la recherche, ceux-ci ayant le plus de chance d'être liés à la démarche générale de planification.

Enfin, le troisième niveau doit identifier le rapport du chercheur au contenu même des recherches dans lesquelles il est impliqué, dans la spécification et le rattachement des éléments d'entrée et de sortie de la recherche (buts et objectifs d'une part, conclusions et recommandations d'autre part) au processus de planification. Les conditions d'impact relèvent à ce moment-là du soin apporté à préciser l'utilité de la recherche (buts) et à tirer des résultats des propositions d'interventions (recommandations). De même, il est important de voir globalement par les objectifs de recherche (les connaissances visées) où sont dirigés les efforts de connaissance du point de vue de leur utilité dans la planification. Est-ce que les chercheurs font des analyses de besoins qui aident à fixer des priorités ou bien s'ils se concentrent sur des évaluations de l'efficacité des programmes, les premières étant plus fondamentales dans le processus de planification ?

Les pages suivantes vont permettre de confronter nos données de recherche à ces conditions d'impact aux différents niveaux mentionnés. Il est évident que ces niveaux ne sont pas indépendants, que la position du chercheur dans la structure influence sa participation au processus et sa définition du contenu de la recherche et vice versa. Ces interactions ne seront analysées que dans les cas où nous disposons de données pour les traiter. Dans les autres cas nous allons nous limiter à formuler des interprétations, à générer des hypothèses de travail. En résumé, notre démarche peut être représentée dans le schéma suivant (figure 1), où les flèches pleines indiquent les lieux où se situe le gros de nos données et de nos efforts d'analyse, alors que les flèches pointillées circonscrivent la zone plus interprétative de notre présentation.

FIGURE 1

Représentation graphique de la démarche d'analyse

Avant de passer à l'analyse proprement dite, nous allons donner quelques indications sur les départements de santé communautaire et apporter quelques précisions méthodologiques sur notre recherche.

Quiconque ne connaît pas bien le réseau des affaires sociales et de santé ne peut savoir précisément ce qu'est un département de santé communautaire. Nous présentons donc ici les départements de santé communautaire comme des départements, au même titre que les autres départements hospitaliers, mais se retrouvant uniquement au sein de certains centres hospitaliers à vocation communautaire, définis et identifiés par voie de réglementation en vertu de la loi 48 sur les services de santé et les services sociaux. Ces départements ont un rôle bien précis : a) voir au fonctionnement et à la coordination des services de santé courants dans les centres hospitaliers ; b) élaborer, mettre en œuvre et développer des programmes de santé physique et mentale et des services préventifs en collaboration avec les centres locaux de services communautaires avec lesquels le centre hospitalier a un contrat de services ; c) réaliser des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale ; d) faire des enquêtes sur les épidémies et mettre en application des mesures de contrôle appropriées².

On compte actuellement trente-deux départements de santé communautaire au Québec, dont huit dans la seule région métropolitaine de Montréal (6A).

Notre étude porte sur les activités de recherche des débuts des départements de santé communautaire de la région 6A, en 1975, jusqu'au moment de notre cueillette de données, en avril 1981. Les coordonnateurs de la recherche³ de ces départements, considérés comme informateurs clés dans notre recherche, nous ont procuré 173 rapports de recherche qu'ils considéraient être l'essentiel de la production de recherche de leurs départements respectifs. Nous avons fait la lecture de ces rapports à l'aide d'un guide d'analyse de contenu. La lecture de ces rapports nous a montré que certains d'entre eux faisaient partie d'une même recherche. En les regroupant nous en arrivons, pour les fins de certaines analyses, à l'étude de 152 recherches terminées. Dans une entrevue subséquente à la lecture des rapports, les coordonnateurs de la recherche nous ont fourni des indications sur 37 recherches en cours, ce qui nous donne une possibilité de travail sur 189 recherches. De plus, ils nous ont donné les informations nécessaires sur la structure de leur département et sur la place des chercheurs dans cette structure.

C'est à partir du traitement du contenu de ces entrevues et de ces recherches que nous pouvons maintenant amorcer notre travail d'analyse de l'impact de la recherche sur la planification dans le sens qui a été précisé plus haut.

La place des chercheurs dans les départements de santé communautaire

Au moment de notre étude, on comptait vingt-quatre personnes affectées de façon permanente à la recherche dans les huit départements de santé communautaire. À cette unité de base s'ajoutaient dix professionnels embauchés à contrat, quelque dix-huit professionnels des départements de santé communautaire qui, de façon occasionnelle ou régulière, consacraient une partie de leur temps de travail à la recherche, et finalement, treize stagiaires qui participaient ou travaillaient de façon autonome à une recherche. Il y avait donc soixante-cinq personnes qui, de façon régulière ou non, permanente ou non, participaient aux travaux de recherche au sein des départements de la région 6A. Si on ajoute à cette équipe ceux qui ont travaillé antérieurement comme conseillers ou agents de recherche (10 au total) et les autres professionnels, stagiaires et contractuels de différentes disciplines qui ont participé aux travaux

de recherche, mais qui ont quitté le département de santé communautaire, on compte au total 139 différents producteurs de recherche depuis 1975. Cela montre l'importance numérique et la diversité des chercheurs qui ont œuvré à la recherche au sein des départements de santé communautaire de la région 6A depuis leur formation.

Il existe différentes catégories de chercheurs, il existe aussi différents types de regroupement des chercheurs. On peut identifier trois types de regroupement. On trouve d'abord des équipes de recherche fractionnées, où le conseiller en recherche se retrouve avec un agent de recherche, certains contractuels et stagiaires, les autres chercheurs étant dispersés et travaillant de façon autonome ou au sein des programmes : c'est le cas de trois équipes de recherche. On trouve ensuite des équipes plus ou moins unifiées où l'ensemble des chercheurs permanents et la plupart des contractuels et stagiaires sont regroupés, les professionnels travaillant à la recherche de façon non permanente et certains contractuels et stagiaires n'étant pas intégrés : c'est le cas de quatre équipes de recherche. Enfin, on trouve une seule équipe complètement unifiée, où l'ensemble des chercheurs, permanents ou non, sont réunis.

Comme on peut le constater, il existe un regroupement de base des chercheurs dans tous les départements de santé communautaire de la région 6A, mais il n'existe pas de véritables unités de recherche.

Les structures hiérarchiques que l'on observe font souvent obstacle à l'unification des ressources en recherche ou tout au moins renforcent cette division des forces de la recherche. En effet si, dans tous les cas (sauf un)⁴, les coordonnateurs relèvent directement du directeur, les chercheurs ne relèvent pas tous du coordonnateur de la recherche. En fait, comme on a pu l'entrevoir au niveau du regroupement des chercheurs, la dépendance hiérarchique varie sensiblement d'un département de santé communautaire à l'autre. Malgré ces particularités, on peut définir quatre structures hiérarchiques : il y a d'abord une structure hiérarchique où tous les chercheurs quels qu'ils soient relèvent exclusivement du coordonnateur pour tout ce qui concerne la recherche et du directeur pour toutes les questions administratives (structure I). C'est le cas d'un département de santé communautaire. Il y a ensuite celle où la responsabilité hiérarchique est partagée entre le directeur et le coordonnateur de la recherche : tous les agents (conseillers) en recherche, certains professionnels et la plupart des contractuels et des stagiaires sont sous la responsabilité du coordonnateur de la recherche, alors que certains permanents, contractuels et stagiaires relèvent directement du directeur (structure II). C'est le cas de quatre départements de santé communautaire. Il y a aussi un cas isolé, où les permanents, seules ressources autres en recherche que le

coordonnateur de la recherche, se réfèrent directement au directeur (structure III). Il y a enfin une structure hiérarchique complexe où certains chercheurs relèvent du directeur, d'autres du coordonnateur de la recherche et d'autres des coordonnateurs de programme (structure IV). Deux départements vivent cette situation (figure 2).

Ces différentes structures hiérarchiques nous montrent bien les limites de l'autorité du coordonnateur de la recherche au sein des départements de la région. Ces limites sont en partie liées à des différences professionnelles puisque dans tous les départements de santé communautaire (sauf un), les stagiaires en santé communautaire et les médecins (étudiants, contractuels, permanents) sont habituellement les seuls chercheurs non soumis au plan de travail de la recherche. L'équipe de recherche joue alors auprès de ces catégories professionnelles appelées à faire de la recherche au sein des départements de santé communautaire un rôle purement consultatif ou de support, ce qui n'est pas le cas pour les autres chercheurs.

Un autre élément, et non le moindre pour mesurer l'importance de la recherche, est sans contredit le budget qui lui est alloué. On compte trois départements de santé communautaire dans la région métropolitaine de Montréal qui prévoient un budget annuel réservé aux seules fins de la recherche, dont un depuis deux ans et deux depuis cette année seulement⁵. C'est donc une préoccupation récente pour quelques départements de santé communautaire de la région, les autres comptant sur les ressources internes pour faire la cueillette et l'analyse des données et acceptant quelques frais inhérents à la recherche ou, dans les recherches plus importantes et plus coûteuses, sur les subventions gouvernementales.

Nous allons voir maintenant les différentes fonctions des chercheurs dans les départements de santé communautaire.

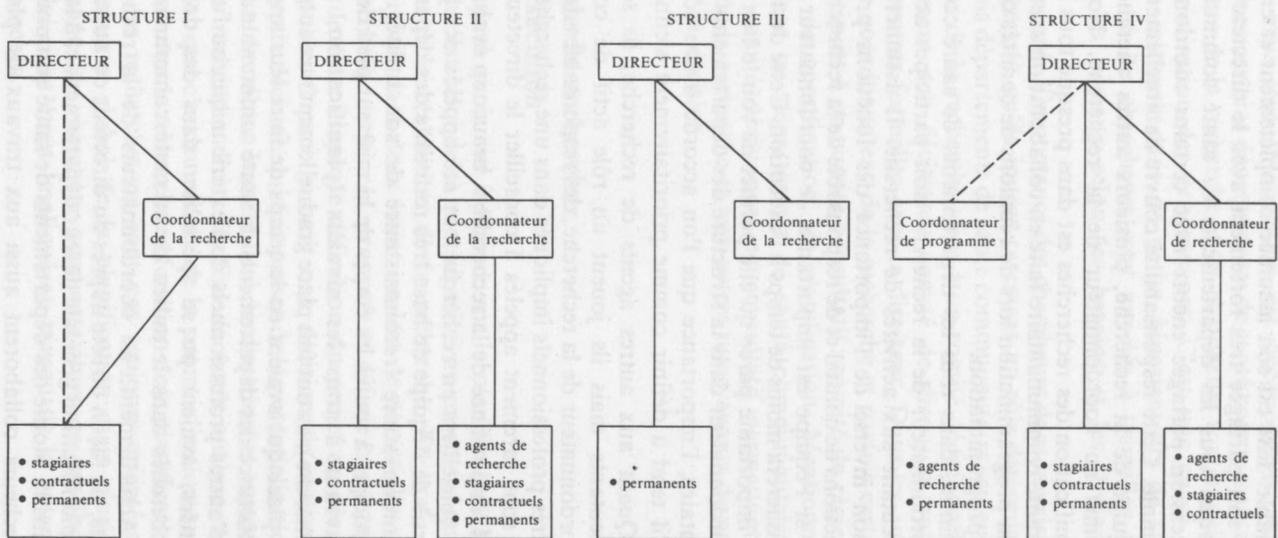
Les coordonnateurs de la recherche sont actuellement appelés à assumer trois grandes fonctions : une fonction conseil, une fonction de responsable de recherche, une fonction d'exécutant.

Bien que ces fonctions s'actualisent différemment d'un département de santé communautaire à l'autre selon la structure établie ou la place du coordonnateur au sein du département, les coordonnateurs de la recherche jouent régulièrement ou à l'occasion, selon les cas, un rôle de conseil auprès du directeur et auprès des autres professionnels du département de santé communautaire. Quelques-uns jouent aussi ce rôle auprès du directeur général du centre hospitalier et auprès des intervenants des C.L.S.C. et du C.R.S.S.S.

Le coordonnateur de la recherche doit voir à la planification, à la coordination et à l'exécution des activités de recherche mais, encore une fois ici et comme on l'a vu aux niveaux du regroupement et de la dépendance hiérarchique des chercheurs, cette responsabilité est fort

FIGURE 2

Niveaux de dépendance hiérarchique des chercheurs
dans les départements de santé communautaire du Montréal métropolitain



variable. Elle est soit assumée complètement et en tout temps par lui, soit partagée très fortement avec le directeur (c'est le cas de presque tous les départements de santé communautaire), soit à l'occasion partagée encore avec certains coordonnateurs du programme. Cette responsabilité couvre habituellement les activités de l'équipe de la recherche, plusieurs autres chercheurs n'étant pas soumis au coordonnateur de la recherche. Notons ici que la planification des recherches est dans presque tous les départements de santé communautaire faite en collaboration avec les intervenants de la programmation lors de réunions de comités de planification et de programmation.

Enfin, dans tous les départements de santé communautaire, le coordonnateur de la recherche doit participer activement comme exécutant aux activités de recherche. Il assumera cette tâche en raison inverse de l'importance des fonctions précédentes : si les fonctions de conseil et de responsable de la recherche sont reconnues ou si l'équipe est importante, le coordonnateur de la recherche consacrera moins de temps à l'exécution. Cette dernière constatation est importante parce qu'elle permet de voir le lien entre la place du coordonnateur dans la structure des départements de santé communautaire, l'importance que l'on accorde à son rôle et la fonction qu'il tend à définir comme prioritairement sienne.

Quant aux autres agents de recherche, ils sont d'abord des exécutants mais ils jouent un rôle actif de conseil auprès du coordonnateur de la recherche, des responsables de programme, des autres professionnels impliqués dans une recherche et des stagiaires. Ils sont rarement appelés à conseiller le directeur.

L'importance de la recherche a beaucoup évolué depuis 1975. Si les conseillers en recherche ont été appelés dès les débuts à faire partie de l'équipe de base très restreinte des départements de santé communautaire (reconnaissance de son utilité) et, de ce fait, à participer à toutes les étapes de la mise sur pied des programmes en œuvrant à tous les niveaux (planification, programmation, recherche), ils ont fait place graduellement aux autres professionnels en place qui avaient eu le temps de faire leur apprentissage ou, la croissance des départements de santé communautaire le permettant, à d'autres professionnels de l'extérieur qui, au fur et à mesure des années, avaient pu se spécialiser dans des domaines précis et recherchés dans le milieu de la santé communautaire.

Actuellement, les coordonnateurs de la recherche participent tous, de façon directe auprès du directeur ou au sein d'un comité, à la planification générale de leur département et à la programmation. Dans la moitié des départements de santé communautaire, d'autres chercheurs collaborent aussi aux travaux de planification ou de

programmation mais leur intervention est occasionnelle. Assez étonnamment, dans certains départements de santé communautaire, les coordonnateurs de la recherche et les chercheurs sont appelés à travailler à la réalisation des programmes. C'est une chose peu courante qui se retrouve dans de petits départements de santé communautaire où les chercheurs sont appelés à travailler activement à tous les niveaux selon les besoins et les demandes exprimés.

Enfin, si on regarde l'importance des chercheurs dans la prise de décision, on s'aperçoit qu'ils jouent rarement un rôle déterminant puisque dans trois départements de santé communautaire seulement le coordonnateur de la recherche siège à un comité décisionnel ou participe activement aux décisions: comité de direction, comité exécutif ou rencontres formelles avec le directeur. Dans les autres départements, le coordonnateur de la recherche et parfois certains chercheurs participent à un comité consultatif: comité de régie, de programmation, de coordination, de planification. Mentionnons toutefois que dans un département de santé communautaire, il n'existe pas de comité décisionnel ou consultatif permettant au coordonnateur de la recherche et aux autres intervenants de participer à la prise de décision.

Le processus de la recherche : de l'idée à l'exécution

Le chercheur peut avoir une influence sur la planification à un second niveau, qui est celui de sa participation au processus qui va de la conception à la réalisation de la recherche. En bref, une recherche est toujours dans deux états: un état de potentialisation, où une idée de recherche est lancée, proposée et définie en un projet précis. À la fin de cette étape de définition du projet ou dès que l'idée a été proposée, il peut y avoir une décision de réaliser la recherche. C'est cette décision qui fait passer de la potentialisation à l'actualisation. Le deuxième état est lié à la direction et surtout à l'exécution de la recherche. Pour les fins de notre analyse, nous posons le postulat que c'est au niveau de la potentialisation que le chercheur peut orienter la recherche en fonction de la planification⁶. Bien sûr toutes les recherches ne sont pas toujours orientées en fonction du processus global de la planification mais plusieurs d'entre elles le sont. Un chercheur augmente alors ses possibilités d'impact sur celui-ci en étant impliqué au niveau de la potentialisation des recherches.

Pour connaître le niveau de participation des chercheurs à ces processus, nous disposons de deux types de données. Un premier type nous aide à voir comment les chercheurs se définissent globalement par rapport au processus de la recherche dans leur département de santé communautaire. Un second type nous aide à identifier la participation du chercheur dans le processus de chacune des recherches réalisées ou en cours de réalisation.

Le premier type de données a été obtenu en demandant aux coordonnateurs de la recherche qui, dans l'ensemble, propose, définit ou élabore les projets et est responsable de la réalisation de la recherche au sein de leur département. Les réponses à ces questions nous permettent de voir que le coordonnateur de la recherche perçoit son rôle comme prépondérant dans le processus de la recherche. Dans la grande majorité des départements de santé communautaire, il se définit comme acteur principal dans la proposition et la définition des projets et dans la responsabilité de la réalisation des recherches. Cette perception de l'importance des chercheurs est renforcée par le fait que l'agent de recherche, qui dépend du coordonnateur, est lui aussi perçu dans une majorité de cas comme acteur important aux niveaux de la définition et de la responsabilité de la réalisation de la recherche. Seule la proposition d'idées de recherche lui échappe quelque peu. Pour ce qui est des autres acteurs du département de santé communautaire, soit le directeur et les autres membres de l'équipe, il semble bien que leur présence déterminante se situe surtout au niveau de la proposition des projets de recherche, dans une minorité de départements toutefois.

Que conclure sinon que les coordonnateurs de la recherche dans les départements de santé communautaire ont globalement une vision positive de la place de chercheur dans le processus de la recherche, y compris aux niveaux qui nous apparaissent les plus significatifs du point de vue de la planification, ceux de la proposition d'idées de recherche et de la définition des projets. Pour consolider notre analyse, cependant, nous avons besoin de données plus détaillées qui englobent toutes les étapes du processus de recherche, de l'idée à l'exécution, et qui touchent chacune des recherches réalisées ou en cours de réalisation. Ces données sont présentées dans le tableau suivant. Comme nous allons le voir, elles permettent de confirmer la vision précédente des coordonnateurs de la recherche tout en la nuancant quelque peu.

La différence principale se remarque au niveau de l'idée de la recherche. Bien que le coordonnateur et l'agent de la recherche soient les principaux générateurs d'idées de recherche (35%), ils n'ont pas l'importance qu'on semblait leur accorder plus tôt. Le

coordonnateur ou le responsable de programme (28%), le chef du département et le directeur général du centre hospitalier (21%) ont une influence presque aussi importante à ce niveau. Les professionnels du département (médecins, diététistes, etc.) viennent en dernier lieu (12%) dans le portrait des acteurs du département qui proposent des idées de recherche. Les autres acteurs, stagiaires, contractuels, professeurs et associations, sont de l'extérieur du département. Il s'agit en grande partie d'un lieu aléatoire (ni programmé, ni planifié) d'émergence de la recherche dans les départements.

Dans le processus de la recherche, l'étape de la décision de réaliser la recherche est largement dominée par la présence du chef du département. Il est impliqué dans près de la moitié des décisions de réalisation. Si l'on tient compte de sa présence dans le comité décisionnel ou consultatif, le chef agit sur les trois quarts de ces décisions. Cette présence ne saurait surprendre puisque la structure même des départements suppose que le chef soit impliqué dans la majorité des décisions. Le coordonnateur et l'agent de recherche (si l'on inclut la présence de certains d'entre eux au niveau d'un comité décisionnel ou consultatif) sont présents dans près de la moitié (49%) des décisions. Leur absence dans l'autre moitié des décisions, surtout celle des coordonnateurs de la recherche, était prévisible étant donné que l'analyse précédente des structures de la recherche a montré l'indépendance de certaines catégories de chercheurs par rapport à eux et leur rattachement au chef ou aux programmes. Ce dernier point aide à comprendre la présence du coordonnateur ou du responsable du programme dans 39% des décisions de recherche, participation au comité décisionnel ou consultatif comprise.

C'est à l'étape de la définition des projets de recherche que le coordonnateur et l'agent de recherche retrouvent la reconnaissance de leur rôle de conceptualisation et de support méthodologique. Ils sont impliqués dans pratiquement huit cas de participation sur dix. Viennent ensuite par ordre d'importance les stagiaires, les professionnels et le coordonnateur ou responsable du programme. Avec une participation à près du cinquième des projets de recherche, le stagiaire est une ressource non négligeable de recherche dans les départements de santé communautaire. Cela va devenir encore plus évident lorsque l'on va examiner la phase de l'exécution des recherches. Si l'on admet que, dans une majorité de cas, le conseiller ou l'agent de recherche apportent un support méthodologique aux stagiaires dans leurs activités de recherche, il devient alors évident que leur part dans la définition des projets est beaucoup plus grande que ce qu'indiquent les chiffres.

TABLEAU 1

Les différents acteurs dans le processus de la recherche

Acteurs	Processus	IDÉE	DÉFINITION	DÉCISION	DIRECTION	EXÉCUTION
Chef, directeur général		30 + 11 21%	16 8%	90 48%	8 4%	2 1%
Comité décisionnel ou consultatif		2 2 1%	7 4%	50 27%	— —	— —
Coordonnateur de la recherche (adjoint à la planification et conseiller en recherche)		60 32%	106 56%	37 20%	104 55%	73 39%
Agent		9 5%	40 21%	4 2%	42 22%	54 29%
Coordonnateur ou responsable de programme		53 28%	23 12%	22 12%	26 14%	17 9%
Professionnels		23 12%	25 13%	14 7%	30 16%	35 19%
Stagiaires		12 6%	34 18%	5 3%	16 9%	55 29%
Contractuels		1 (≈1%)	5 3%	— —	9 5%	37 20%
Professeurs		10 5%	8 4%	1 (≈1%)	12 6%	2 1%
Assoc., C.L.S.C., C.R.S.S.S.		12 6%	12 6%	1 (-1%)	— —	1 (-1%)
Total (N = 189)		223 $\bar{X} = 1,2$	276 $\bar{X} = 1,5$	224 $\bar{X} = 1,2$	240 $\bar{X} = 1,3$	280 $\bar{X} = 1,5$
Coord. recherche et agents + Contractuels + Comité		67 = 35% 69 = 37%	143 = 76% 150 = 79%	41 = 22% 91 = 49%	131 = 69% 131 + 8 = 74%	113 = 60% 113 + 37 = 79%

Si l'on passe maintenant de la définition des projets à la direction des recherches, on se rend compte que, à quelques exceptions près, ceux qui définissent les projets sont aussi impliqués dans leur direction. Cette règle semble suffisamment claire dans les cas du coordonnateur de la recherche, de l'agent de recherche, du coordonnateur ou responsable de programme et des professionnels. Les stagiaires font exception à cette règle, ce qui s'explique facilement par l'obligation pour eux d'avoir un directeur de stage.

Enfin l'exécution est d'abord le domaine du coordonnateur et de l'agent de recherche dans 60% des cas de participation. Si on ajoute les contractuels, cette proportion passe à 79%. Les stagiaires sont les plus présents à cette étape (29%) de même que les professionnels des départements (19%).

En résumé, les chercheurs permanents (coordonnateurs et agents) ont une présence très forte au niveau des trois dernières étapes du processus de la recherche, présence qui est une reconnaissance de leur compétence méthodologique. Par ailleurs, cette présence est moins forte à deux des trois niveaux les plus liés à la planification, c'est-à-dire la proposition de l'idée et la décision de réaliser la recherche. On peut dire que sur trois recherches qu'ils définissent, dirigent et exécutent, les chercheurs ont été impliqués pour l'une d'entre elles dans l'idée et la décision de la réaliser.

Une analyse plus fine de nos données, par département de santé communautaire par exemple, pourrait apporter des nuances à ce portrait général. L'espace nous manque ici pour présenter cette analyse. Qu'il suffise de mentionner cependant que l'analyse des structures de la recherche présentée en première partie trouve sa validation dans l'étude de la participation des chercheurs au processus de la recherche. Ainsi, pour ne donner qu'un exemple, plus la structure des ressources en recherche est intégrée (structure I), plus la présence d'autres acteurs que les chercheurs est faible. L'inverse se constate pour la structure la plus lâche (structure IV). La structure II se situe dans une position intermédiaire⁷. La participation du chercheur au processus de recherche ne saurait donc être totalement indépendante de la structure organisationnelle où elle se situe.

Le contenu de la recherche: des buts aux recommandations

Le dernier niveau où nous voulons évaluer l'impact du chercheur sur la planification est celui du contenu même de la recherche, en particulier de l'intention ou de la volonté qui peut s'y manifester de

se rattacher au processus global de planification du département. Si nous avons constaté jusqu'à présent que les chercheurs pouvaient, par leur position dans la structure et leur participation au processus de la recherche, avoir une certaine influence sur la planification, il peut être intéressant de voir si ce potentiel s'exprime dans le produit concret de la recherche : le rapport de recherche.

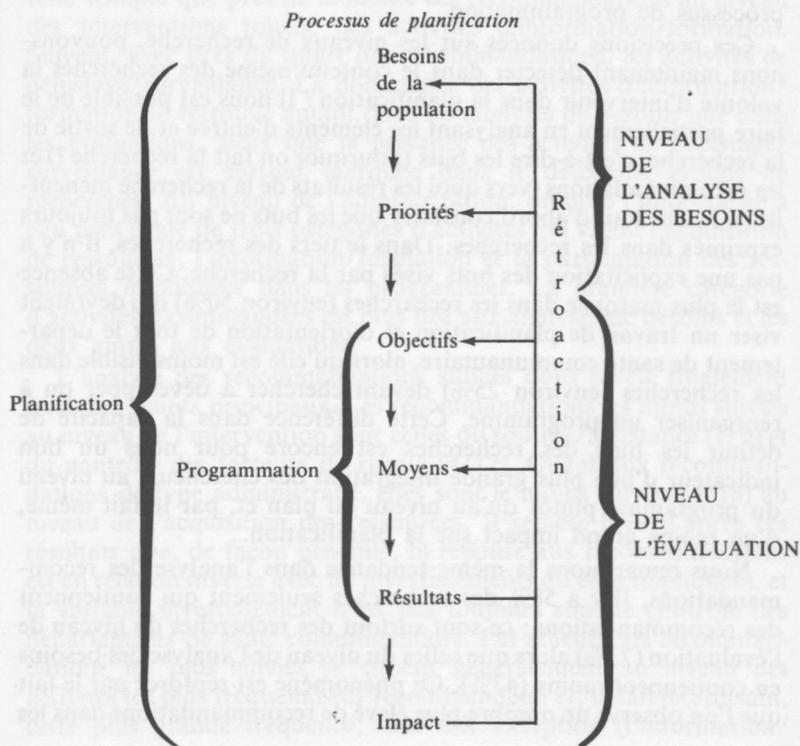
Le contenu de la recherche doit d'abord être analysé globalement, du point de vue de ce qu'il révèle quant au niveau de recherche par rapport au processus de planification. Le modèle dominant du processus de planification dans les départements de santé communautaire peut se résumer ainsi : à partir de la connaissance des besoins de santé de la population on effectue un choix des priorités d'intervention. Ces priorités sont transposées en objectifs d'intervention à partir desquels il est possible de déterminer les moyens nécessaires (ressources et activités) pour les atteindre. Cette partie du processus est souvent identifiée au processus de programmation. La mise en application de ces moyens permet d'en arriver à un certain nombre de résultats qui devraient avoir l'impact escompté sur l'état de santé de la population. À cette démarche s'ajoute le processus de rétroaction qui permet de revoir les moyens, les objectifs, les priorités et l'identification des besoins de la population. Cette description rapide du processus de planification, bien qu'il soit ici sursimplifié, nous permet d'identifier les deux principaux niveaux de recherche que nous appelons respectivement l'analyse de besoins et l'évaluation. Comme on le voit dans le schéma suivant (figure 3), l'évaluation se situe au niveau de la partie « programmation » du processus de planification, alors que l'analyse des besoins se situe au niveau de la partie que l'on pourrait appeler « orientation ». Or, nous posons comme postulat que le chercheur a plus d'influence sur le processus de planification s'il est impliqué dans des recherches d'analyse de besoins. D'où notre première démarche face au contenu des recherches qui consiste à identifier la part respective des analyses de besoins et des évaluations parmi les recherches réalisées.

Pour distinguer les analyses de besoins des évaluations, nous nous sommes appuyés sur l'analyse des objectifs de recherche, c'est-à-dire les objectifs de connaissance (qu'est-ce que la recherche permet de connaître ?) identifiés lors de la lecture de chacune des recherches. Parmi ces objectifs, nous avons retenu l'objectif principal comme étant l'indicateur du niveau de recherche. En gros, si cet objectif était centré sur la connaissance de la population, de ses problèmes de santé ou de ses besoins, la recherche était classée comme analyse de besoins. Si l'objectif était au contraire plus défini en termes de population atteinte par un programme, d'efficacité

d'un programme, de satisfaction de la clientèle ou d'évaluation d'une technique ou d'une approche de la clientèle, la recherche était alors classée comme évaluation.

L'analyse de la distribution des fréquences relatives du niveau de recherche nous révèle qu'il y a, sur 152 recherches terminées, 60% d'analyses de besoins et 40% d'évaluations. Cette supériorité des analyses de besoins semble confirmer de prime abord une présence plus grande de la recherche en plein cœur de la planification. Cependant un examen plus attentif de ces analyses de besoins nous indique qu'il s'agit dans 50% des cas d'études de caractéristiques socio-démographiques des populations du territoire des départements. Ce sont en quelque sorte des outils de base pour aborder d'éventuelles analyses de besoins ou pour aider les intervenants des programmes à identifier leurs populations cibles. Cette double appartenance de ces analyses à la planification et à la programmation permet de faire ressortir l'importance quantitative du niveau de l'évaluation.

FIGURE 3



L'analyse des objectifs détaillés de recherche, et non plus seulement de l'objectif principal qui aide à définir le niveau de recherche, nous aide à préciser nos affirmations. Les objectifs dans les analyses de besoins sont d'abord définis en termes de caractéristiques socio-démographiques des populations, des clientèles ou des personnes ressources. Viennent ensuite, presque sur un pied d'égalité, l'étude des problèmes de santé et l'étude des facteurs de risque. Ce n'est que rarement qu'apparaissent des objectifs de recherche définis en termes de besoins de services et de ressources. Pour ce qui est des objectifs dans les évaluations, on retrouve en importance presque égale des études de caractéristiques socio-démographiques des populations, des descriptions de leurs problèmes de santé, des évaluations des méthodes utilisées, des populations atteintes ainsi que de l'efficacité des programmes. C'est par la suite seulement, et à un degré moindre, que l'on retrace des évaluations plus centrées sur la participation et la satisfaction des populations cibles et des ressources. Si l'on excepte les dossiers socio-démographiques, les chercheurs sont donc plus impliqués dans le niveau d'évaluation, leurs recherches relevant plus, si l'on se réfère à notre schéma, du processus de programmation.

Ces précisions données sur les niveaux de recherche, pouvons-nous maintenant détecter dans le contenu même des recherches la volonté d'intervenir dans la planification? Il nous est possible de le faire partiellement en analysant les éléments d'entrée et de sortie de la recherche, c'est-à-dire les buts (pourquoi on fait la recherche?) et les recommandations (vers quoi les résultats de la recherche mènent-ils?). Il faut tout d'abord constater que les buts ne sont pas toujours exprimés dans les recherches. Dans le tiers des recherches, il n'y a pas une explicitation des buts visés par la recherche. Cette absence est la plus marquée dans les recherches (environ 50%) qui devraient viser un travail de planification et d'orientation de tout le département de santé communautaire, alors qu'elle est moins visible dans les recherches (environ 25%) devant chercher à développer ou à réorganiser un programme. Cette différence dans la capacité de définir les buts des recherches est encore pour nous un bon indicateur d'une plus grande intégration des chercheurs au niveau du programme plutôt qu'au niveau du plan et, par le fait même, d'un moins grand impact sur la planification.

Nous remarquons la même tendance dans l'analyse des recommandations. Il y a 58% des recherches seulement qui contiennent des recommandations: ce sont surtout des recherches du niveau de l'évaluation (73%) alors que celles du niveau de l'analyse des besoins en contiennent moins (47%). Ce phénomène est renforcé par le fait que l'on observe un nombre plus élevé de recommandations dans les

évaluations que dans les analyses de besoins (en moyenne 3 recommandations contre 2,2). De plus, en se basant sur les informations fournies par les coordonnateurs de la recherche, les recommandations au niveau des évaluations sont plus souvent suivies que celles au niveau des analyses de besoins, soit 56% dans les premières et à peine 40% dans les autres.

Une analyse typologique nous a permis de définir trois grandes catégories de recommandations, celles qui touchent la révision du *programme* dans son ensemble (12%), celles qui précisent des *interventions* auprès de la population (57%), et celles qui touchent plus particulièrement l'*administration* (30%). Comme on le voit d'après les pourcentages indiqués, les recommandations axées sur des interventions sont majoritaires. L'examen du tableau suivant nous montre que quel que soit le niveau des activités recommandées, il y a toujours une plus forte proportion de recommandations suivies dans les évaluations que dans les analyses de besoins (tableau 2).

Si l'on regarde maintenant le détail des niveaux d'activités, on se rend compte que près de la moitié des recommandations au niveau des interventions touche des activités d'information/formation. Suivent, avec près du quart des recommandations, les activités de dépistage/surveillance. La dominance des activités d'information/formation se retrouve autant dans les analyses de besoins que dans les évaluations, alors que la présence des activités de dépistage/surveillance est surtout marquée dans le deuxième groupe de recherches. Au niveau de l'administration, on note l'importance à peu près égale de trois catégories d'activités qui visent l'acquisition de ressources, l'information/formation et la participation des ressources impliquées dans les programmes. La première catégorie d'activités recommandées est plus liée aux analyses de besoins et les deux autres aux évaluations.

L'analyse des recommandations suivies nous révèle finalement quelques points principaux. Les recommandations les moins suivies au niveau de l'intervention sont celles du soutien/assistance (1/6) et du contrôle des facteurs de risque (4/12). Quant aux recommandations de type administratif, elles sont les moins suivies (4/18) au niveau de l'acquisition des ressources. Il semble bien d'après ces résultats que, de façon générale, la réponse aux recommandations est en relation inverse avec les investissements qu'elles impliquent, et la variable investissement n'est pas toujours sous le contrôle des départements de santé communautaire. Par ailleurs, les recommandations les plus suivies se situent généralement au niveau des activités les plus fréquemment recommandées, et, détail intéressant, cette plus grande fréquence, sauf une exception (l'information/

TABLEAU 2

Recommandations selon le niveau de recherche

NIVEAU DE RECHERCHE		ANALYSE DE BESOINS				ÉVALUATION				TOTAL			
Niveau des activités	Recommandations	Recommandations totales		Recommandations suivies		Recommandations totales		Recommandations suivies		Recommandations totales		Recommandations suivies	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROGRAMME		13	14	5	14	15	11	10	13	28	12	15	13
I N T E R V E N T I O N	identification population	6	6	3	8	3	2	1	1	9	4	4	3
	contrôle facteurs risque	8	9	2	5	4	3	2	2	12	6	4	3
	information/formation	34	37	17	47	31	22	19	24	65	28	36	31
	dépistage/surveillance	4	4	2	5	27	19	16	21	31	13	18	16
	soutien/assistance	5	5	1	3	1	1	—	—	6	3	1	1
	participation/utilisation	1	1	—	—	9	6	6	8	10	4	6	5
(SOUS-TOTAL)		(58)	(62)	(25)	(67)	(75)	(52)	(44)	(55)	(133)	(57)	(69)	(59)
A D M I N I S T R A T I O N	instrument	1	1	1	3	7	5	3	4	8	3	4	3
	ressources	10	11	2	5	8	6	2	3	18	8	4	3
	information/formation	4	4	—	—	13	9	9	11	17	7	9	9
	participation	3	3	2	5	17	12	9	11	20	9	11	10
	coordination	3	3	2	5	5	4	2	2	8	3	4	3
(SOUS-TOTAL)		(21)	(22)	(7)	(18)	(50)	(36)	(25)	(41)	(71)	(30)	(32)	(28)
TOTAL		92	100	37	100	140	100	79	100	232	100	116	100

formation dans l'analyse des besoins), se retrouve dans les études d'évaluation. Cela renforce encore une fois l'idée d'une liaison plus forte de la recherche avec la programmation.

Ce dernier commentaire nous aide à tirer une première conclusion générale de notre démarche d'analyse et à répondre à la question du début : l'impact de la recherche sur la planification est-il une réalité ou une illusion ? Si l'analyse des objectifs, buts et recommandations des recherches nous montre que cet impact est réel, elle le situe surtout dans la phase de programmation du processus de planification. La phase d'orientation y est beaucoup moins sensible. D'ailleurs, la présence indéterminée du chercheur au niveau de la proposition et de la décision de réaliser les recherches ne peut que limiter cette influence puisque c'est à ces moments que les tendances « orientation » ou « programmation » de la recherche se dessinent. En fin de compte, l'impact du chercheur sur la phase d'orientation se concentre d'abord dans sa participation à certains comités consultatifs ou décisionnels de planification mais il peut reposer alors autant, sinon plus, sur son expérience professionnelle et sa connaissance des programmes que sur des recherches spécifiques issues de problématiques détaillées. Il faut admettre que le chercheur doit s'inscrire souvent dans la démarche des programmes et que, par conséquent, sa recherche se définit plus à l'intérieur de ceux-ci que par rapport à eux. Qu'il faille ou non modifier ce lien organisationnel relève d'une discussion sur la conception de la recherche et de ses conditions de réalisation, que l'on pourrait maintenant amorcer.

Denis Allard
Diane Deschamps
Michel Leclerc

D.S.C. Maisonneuve-Rosemont

NOTES

¹ D. Allard, D. Deschamps et M. Leclerc, *Des sources de connaissances. Aspects des pratiques de recherche dans les départements de santé communautaire de la région métropolitaine*, Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont, à paraître.

² Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, ch. 48), A.C. 3322-72 de novembre 1972, 2.A.4.5.2.3.

³ Il n'existe pas de véritable poste de coordonnateur de la recherche au sein des départements de santé communautaire, mais plutôt des conseillers en recherche, des adjoints à la planification-recherche. Étant donné le rôle de coordination que ces derniers sont appelés à jouer et la diversité des titres, nous avons appelé coordonnateur de la recherche toute personne ayant un rôle de coordination de la recherche.

⁴ Au moment de notre étude, un coordonnateur de la recherche relevait hiérarchiquement de l'adjoint administratif. Depuis, tout comme dans les autres départements de santé communautaire, le coordonnateur de la recherche est lié directement au directeur.

⁵ Nous n'avons pu malheureusement connaître l'importance des budgets affectés à la recherche.

⁶ Nous traitons plus loin de la question des recommandations.

⁷ Il est impossible de porter un jugement sur la structure III parce qu'elle ne représente qu'un seul département et un trop petit nombre de recherches.

L'utilisation des extraits du système d'information: bilan d'une consultation auprès des C.L.S.C.

Notes introductives

Depuis maintenant près de trois ans, un système d'information est en marche dans l'ensemble des C.L.S.C. du Québec. Ce système d'information, que la Fédération des C.L.S.C. a eu pour mandat de concevoir et de développer, vise essentiellement à fournir aux C.L.S.C. une base commune d'information qui puisse les amener à adapter, à définir leurs programmes et leurs services en fonction des besoins et des caractéristiques de la population de leur territoire. Ayant été élaboré en fonction de la nature et de la vocation spécifique des C.L.S.C., le système d'information permet de retourner à chacun d'entre eux un portrait d'ensemble (à partir de tableaux statistiques appelés « extraits ») de ses activités.

Par ailleurs, le système d'information des C.L.S.C. a été conçu avec la perspective que les C.L.S.C. en seraient les utilisateurs privilégiés et que l'ensemble des catégories de personnels de chaque centre (directeurs, coordonnateurs, professionnels, etc.) devrait pouvoir utiliser les informations produites par le système. La Fédération des C.L.S.C., en collaboration avec ses établissements membres, est ainsi partie du postulat que des décisions d'orientation doivent être prises à tous les niveaux de la structure et, à l'intérieur des établissements, à tous les niveaux de personnel. C'est donc dire que le système peut trouver des applications tant dans le cadre du travail de gestion et de planification des activités que du point de vue de l'analyse des pratiques professionnelles et problématiques de recherche.

Le système d'information se découpe en quatre composantes majeures ou blocs d'information.

Le bloc d'information sur les usagers vise à fournir aux C.L.S.C. un profil à la fois démographique (âge, sexe, état civil, etc.) et socio-économique (occupation, sources de revenu, composition des ménages, etc.) de ses usagers. Ces informations recueillies à partir d'une *formule d'inscription* de l'utilisateur permettent au C.L.S.C. de mieux définir son action en fonction de certains groupes cibles de son territoire.

L'objectif du *bloc d'information sur l'aide* consiste à caractériser la nature des demandes des usagers, les modes ou profils des interventions posées par le C.L.S.C. et le suivi des cas (continuité). Afin de fournir le portrait le plus complet et le plus exhaustif possible de ces activités, trois principaux types d'intervention — qui reflètent l'éventail des actions du C.L.S.C. — ont été distingués. *L'intervention ponctuelle* consiste à donner de l'information, à faire de la référence, à donner un conseil ou à apporter une assistance, mais de façon très rapide, sans nécessairement connaître l'utilisateur et sans assurer de suivi. Ce type d'intervention du C.L.S.C. se fait surtout à l'accueil ou aux centres de dépannage. *L'intervention individualisée* se définit comme une interaction significative entre un intervenant et un usager, qui attribue généralement une note au dossier de ce dernier et un suivi du cas. Sont considérées comme des interventions individualisées la plupart des consultations médicales et des consultations psycho-sociales et les visites à domicile. C'est dire que ce type d'intervention touche la majorité des praticiens des C.L.S.C. Enfin, *l'intervention collective*, qui constitue également une part importante des activités des C.L.S.C., a trait à toute action auprès de groupes réalisée dans le cadre du travail communautaire; ces actions peuvent prendre la forme de sessions de cours, de colloques ou même de recherches-actions. Ce type d'intervention est actuellement en conception à la Fédération des C.L.S.C.

Le bloc d'information sur le territoire vise à rendre disponible et accessible toute information de source extérieure permettant de caractériser la population du territoire desservi par chaque C.L.S.C. À partir de ces données, des bases de comparaison intéressantes peuvent s'établir entre le profil des usagers du C.L.S.C. et le profil de la population globale — le C.L.S.C. pouvant ainsi connaître son taux de pénétration auprès de groupes bien identifiés.

Enfin, *le bloc de support aux études spéciales* représente un service de soutien et d'assistance en matière de recherche auprès des C.L.S.C.; plus particulièrement, il se propose d'offrir une assistance tant méthodologique que théorique aux C.L.S.C. qui effectuent des études spécifiques et des enquêtes ou qui désireraient concevoir des

instruments d'analyse, aborder des problématiques de recherche particulières, etc.

Une bonne partie de ce système est déjà opérationnelle dans plusieurs C.L.S.C. (voir le tableau 1); ainsi, 59 (74%) ont déjà implanté la formule d'inscription de l'utilisateur, 35 (44%) fonctionnent avec l'intervention ponctuelle et 34 (43%), avec l'intervention individualisée. Enfin, 32 C.L.S.C. ont déjà amorcé le processus d'utilisation des extrants.

Objectifs poursuivis

Compte tenu du rythme de progression et de l'état de développement du système d'information dans les C.L.S.C., il a paru important pour l'équipe de recherche de la Fédération des C.L.S.C. de jeter un premier regard et d'établir une première réflexion sur la question des utilisations potentielles pouvant être élaborées à partir des données fournies par le système CROCUS.

Ainsi, au mois d'octobre 1980, un dossier d'étude préliminaire était constitué afin d'obtenir un portrait général de la situation relativement à l'utilisation du système dans les C.L.S.C. et aussi afin de dégager les principaux sens, volets et types d'utilisation sur lesquels il paraissait important de s'attarder.

Cette analyse nous a permis de constater qu'un nombre relativement faible de C.L.S.C. étaient utilisateurs d'extrants; en effet, sur les 55 C.L.S.C. qui avaient à ce moment implanté l'inscription, seulement 13 (soit 24%) avaient fait des demandes d'extrants. Nous avons voulu pousser notre démarche en examinant si le niveau d'avancement par rapport au système d'information constituait un élément motivateur à l'utilisation des extrants; nous avons discriminé les C.L.S.C. qui, d'une part, avaient implanté l'intervention individualisée et ceux qui, d'autre part, n'avaient pas amorcé cette étape d'implantation. Ceci nous a permis de remarquer que, sur les 13 C.L.S.C. utilisateurs d'extrants, neuf (soit 69%) avaient implanté l'intervention individualisée; cette étape semblait donc avoir une influence sur la demande d'informations au système. Il est toutefois important de noter que, sur l'ensemble des C.L.S.C. qui avaient alors implanté l'intervention individualisée (27), les utilisateurs d'extrants étaient quand même peu nombreux (le tiers).

Cette image qui nous était renvoyée était cependant très peu explicative et trop de facteurs manquaient à notre analyse pour conclure à un désintérêt de la part des C.L.S.C. par rapport à la question de l'utilisation. De plus, cette situation de faible utilisation avait des conséquences directes pour les modes d'action à entreprendre et les types d'utilisation à développer.

TABLEAU 1

État de situation sur l'implantation du système pour l'ensemble des C.L.S.C.

Région	Inscription	Intervention ponctuelle	Intervention individualisée	Total C.L.S.C.	Actifs *	Passifs **	Non-utilisateurs d'extrants
01	5	1	2	8	3	—	5
02	3	3	2	3	3	—	—
03	8	5	6	11	5	2	4
04	3	2	1	4	2	—	2
05	4	3	3	4	3	—	1
06-A	10	5	6	17	5	4	8
06-B	4	3	3	4	2	2	—
06-C	10	3	2	13	3	1	9
07	9	8	8	10	5	1	4
08	2	1	1	3	1	—	2
09	1	1	—	3	—	1	2
TOTAL	59	35	34	80+	32	11	37

* Actifs: C.L.S.C. ayant, au moins une fois, fait une demande d'extrants.

** Passifs: C.L.S.C. ayant déjà reçu des extrants mais sans avoir fait de demande.

+ À ce total de 80 C.L.S.C. s'ajouteront, sous peu, 18 nouveaux C.L.S.C. actuellement en implantation.

Compte tenu de cette situation, il nous a semblé essentiel d'aller recueillir les commentaires des C.L.S.C., de tenter de cerner avec eux les problèmes rencontrés par rapport à l'utilisation, de déterminer le type de services à rendre dans cette perspective et, enfin, de voir quel rôle de support à l'analyse et à la recherche la Fédération pouvait jouer dans ce contexte.

Les rencontres que nous allions mener devaient ainsi nous permettre d'apporter des réponses aux questions suivantes :

- 1) Quelles sont les attentes des C.L.S.C. à l'égard de l'utilisation ?
- 2) Quelles questions se posent-ils ?
- 3) Quelles utilités perçoivent-ils à partir des extraits fournis par le système d'information ?
- 4) Quels modes d'action proposent-ils pour pousser la question de l'utilisation plus à fond ?
 - i) Quelle aide, support ou collaboration de la part de la Fédération entrevoient-ils ?
 - ii) Quels sont leurs besoins en termes de support à l'analyse et à la recherche ?

Enfin, ces rencontres devaient également permettre de vérifier les hypothèses suivantes relativement à la faible utilisation :

- a) L'implantation est plus pressante et les C.L.S.C. sont à finaliser des opérations ou sont à régler des problèmes internes.
- b) Le C.L.S.C. ne possède pas ou possède peu de ressources en recherche.
- c) Les C.L.S.C. sont peu informés des utilités du système.
- d) Les C.L.S.C. connaissent peu ou mal les modalités d'utilisation.
- e) Les C.L.S.C. sont peu ou ne sont pas préoccupés par cette question et manifestent peu d'intérêt ou de motivation.
- f) Les C.L.S.C. connaissent des difficultés d'ajustement entre les questions qu'ils ont et les réponses qu'ils désirent obtenir.
- g) Les tableaux sont trop complexes et difficiles de lecture.
- h) Les données du système fournissent, jusqu'à maintenant, une image trop partielle (les réponses que le système apporte sont inopportunes et peu pertinentes).

Par ailleurs, étant donné le caractère préliminaire de l'analyse de cette question spécifique, il ne semblait pas nécessaire de rencontrer *tous* les C.L.S.C. (par une consultation générale, par exemple) sur ce sujet. Nous avons plutôt choisi de consulter un nombre restreint de C.L.S.C., aussi différents que possible dans leurs caractéristiques et dans leur niveau d'avancement quant à l'implantation du système, et faisant partie de diverses régions du Québec ; par ces considérations de « diversification », il nous semblait possible de généraliser après coup à l'ensemble des C.L.S.C.

De plus, nous avons tenté d'impliquer et d'associer à notre démarche des personnes susceptibles d'avoir des préoccupations différentes par rapport à l'utilisation. Nous avons donc demandé aux C.L.S.C. sélectionnés de réunir au moment de la consultation : 1) la personne responsable du système ; 2) le directeur général ; 3) au moins un coordonnateur ; 4) si possible, un intervenant. Cette mécanique devait nous permettre de connaître non seulement les besoins et attentes des C.L.S.C. en tant qu'établissements, mais aussi ceux des acteurs particuliers qui y travaillent.

Au départ, douze C.L.S.C. ont été rejoints pour participer à cette consultation ; dix ont été en mesure de nous recevoir. Selon nos critères de classification (voir le tableau 1), ces C.L.S.C. se distribuaient comme suit : 6 C.L.S.C. sur 10 étaient considérés comme étant avancés dans l'implantation du système d'information ; 4 de ces C.L.S.C. étaient utilisateurs d'extrants* ; 2 C.L.S.C. étaient à la fois demandeurs d'extrants (actifs) et avancés dans l'implantation (i.e. implantation de l'intervention individualisée). Enfin, ces dix C.L.S.C. se répartissaient dans 6 des 11 régions administratives du Québec.

Situation générale de l'utilisation

Pour la majorité des C.L.S.C. rencontrés — sinon tous (y compris les utilisateurs d'extrants) — cette consultation sur l'utilisation constituait une première occasion de se pencher sur la question, d'émettre une réflexion large et extensive sur le système, de formuler des besoins en termes d'informations et de songer à des modes de collaboration avec la Fédération des C.L.S.C. Compte tenu du caractère nouveau et préliminaire rattaché à l'étude de cette question, il est important de souligner l'intérêt et la motivation manifestés par les C.L.S.C. sur le sujet : plusieurs d'entre eux ont exprimé le souhait que cette démarche et cette discussion se poursuivent et occupent une place plus importante dans l'ensemble des opérations reliées au fonctionnement du système. La nécessité d'établir un questionnement approfondi sur les utilisations des données du système et d'en faire une étape majeure et déterminante dans l'ensemble du processus d'implantation, voilà l'une des conclusions auxquelles en sont venus les C.L.S.C.

Ceci étant dit, le principal objectif de notre consultation était d'identifier les problèmes et de cerner les raisons pour lesquelles les

* À la fin de cette consultation, tous les C.L.S.C. rencontrés sont passés à la catégorie des « actifs », i.e. utilisateurs d'extrants.

C.L.S.C. se prévalaient si peu souvent des possibilités de demande d'extrants du système d'information. Il s'agissait donc, dans un premier temps, de dresser un bilan de la situation sur cette question afin d'obtenir un premier portrait de l'éventail des obstacles rencontrés dans le cadre de l'utilisation.

Cette consultation nous a permis de constater que, malgré l'intérêt et la volonté des C.L.S.C. de voir se développer une démarche spécifique relativement à l'utilisation et à l'analyse des données du système d'information, un ensemble de facteurs les empêchaient, soit d'amorcer leur questionnement et leurs réflexions, soit de pousser plus à fond leurs préoccupations. Ces facteurs sont de deux ordres : le premier, organisationnel ; le second, fonctionnel.

Le premier niveau de problèmes rencontrés a trait à l'ensemble des opérations devant être menées dans le cadre de l'implantation du système. Les efforts, les énergies, les ressources et l'organisation qu'exige le travail d'implantation sont tels que plusieurs C.L.S.C. n'ont pu amorcer une réflexion sérieuse et soutenue sur l'utilisation des données qu'ils recueillent. Certains ont d'ailleurs formulé des reproches sur le caractère trop technique de même que sur la lourdeur et la complexité des tâches à effectuer par rapport à l'implantation. L'investissement dans la mise en place du système a été si important que l'on a fini par perdre de vue les raisons de son instauration.

Pour plusieurs, la structure d'implantation est encore très jeune, les responsables du dossier dans leur C.L.S.C. se sont parfois succédé rapidement, après de courtes périodes, si bien que le suivi s'est perdu en cours d'opération. Cette situation se présente surtout pour les C.L.S.C. qui sont peu avancés dans l'implantation du système.

En ce qui concerne les C.L.S.C. plus avancés — c'est-à-dire ceux qui ont implanté l'intervention individualisée — les mêmes problèmes se posent mais avec un degré de complexité en plus : l'implication des intervenants dans le processus de fonctionnement d'ensemble. Plusieurs C.L.S.C. ont eu à contrer les réticences de leur personnel, à mener les opérations de formation et de sensibilisation quant aux utilités pratiques du système alors qu'ils manquaient d'exemples d'application. D'ailleurs, tous ces C.L.S.C. ont tenu à souligner le fait que les délais de production de listes d'erreurs et des extrants constituent des sources de frustrations importantes et certains d'entre eux ont du mal à conserver la motivation de leurs intervenants.

Soulignons, enfin, que contrairement à nos attentes, le niveau d'avancement de l'implantation du système (le fait, par exemple, d'avoir implanté l'intervention individualisée) est un indicateur plus

ou moins fiable du niveau d'intérêt porté à l'utilisation des données du système.

Nous avons, en effet, eu l'occasion de rencontrer des C.L.S.C. peu avancés dans l'implantation du système mais qui avaient déjà amorcé un questionnement très poussé par rapport aux analyses et aux utilisations qu'ils envisagent d'effectuer à partir des données du système d'information. Plutôt, c'est l'implication active de divers intervenants (directeurs, coordonnateurs, professionnels), qui ont des préoccupations *variées* à l'égard des informations qu'ils produisent, qui constitue l'élément principal de motivation à l'utilisation.

Bref, pour résumer ce premier point, ce serait l'investissement mis dans les opérations d'implantation qui a freiné ou empêché l'émergence d'une réflexion particulière sur l'utilisation des informations du système.

Le second type de problèmes que les C.L.S.C. perçoivent par rapport à l'utilisation des données du système porte cette fois-ci sur l'opérationnalisation de leurs questions ou préoccupations, ou encore sur l'identification des besoins en information. Les C.L.S.C. ont des difficultés évidentes d'ajustement entre les questions qu'ils formulent d'une part, et les moyens mis à leur disposition pour obtenir des réponses, d'autre part. Cette deuxième dimension couvre tous les problèmes reliés à la compréhension des tableaux (leur lecture, leur utilité), aux mécanismes de demande des extraits (quelle période et quels tableaux demander), au manque d'exemples d'utilisation (à quoi l'appliquer, dans quel secteur, pour quel programme) et d'outils analytiques (quelles questions se poser, comment aller plus loin), sans compter le peu de ressources en recherche que l'établissement est en mesure de fournir à ce moment-ci.

En d'autres mots, c'est tout le problème de l'interprétation des données fournies et de leurs utilités ou applications dans les modes de pratique quotidienne des C.L.S.C. qui se pose ici.

Des deux ordres de problèmes rencontrés par les C.L.S.C. relativement à l'utilisation, c'est surtout sur le second qu'il est important d'agir.

On peut, en effet, estimer que les contraintes reliées aux phases d'implantation du système auront un caractère moins aigu au fur et à mesure que des étapes seront franchies et assumées par les C.L.S.C., bref, à partir du moment où les opérations seront consolidées et que la présentation du système d'information sera partie intégrante des activités habituelles du C.L.S.C. Ceci ne veut évidemment pas dire que la Fédération doit accorder moins d'importance à la démarche de soutien et de support à l'implantation, ou

négliger d'offrir son assistance aux C.L.S.C. plus avancés dans leurs besoins de consolidation et de continuité des activités reliées à la présence du système, car ces derniers auront toujours à poursuivre comme objectifs : 1) de générer de l'information de qualité ; 2) de motiver leurs intervenants à la production et à la cueillette de ces informations ; 3) de voir au suivi d'ensemble du système et à tout changement qu'ils souhaitent y apporter.

Sur cet aspect donc, des modes d'action concrets devront également être envisagés.

Par ailleurs, la problématique de l'analyse des données et de leur application concrète dans la pratique se pose maintenant et continuera à se poser si aucun support n'est développé en ce sens. La plupart des C.L.S.C. nous ont d'ailleurs indiqué qu'ils ont besoin d'être « guidés » par rapport à l'utilisation ; être amenés à poser les bonnes questions, à trouver des applications variées dans leurs services, à obtenir des exemples d'utilisation possibles des extrants du système d'information, telles sont les préoccupations et attentes des C.L.S.C. sur cette question.

Attentes des C.L.S.C. en termes d'informations

Ce bilan de la situation étant fait, nous avons dans un deuxième temps tenté de connaître les attentes des C.L.S.C. par rapport aux analyses, aux questionnements et aux objectifs qu'ils souhaitaient mener ou poursuivre à partir des informations produites par le système. Nous avons donc demandé aux intervenants des C.L.S.C. quelles utilités ils percevaient dans les extrants fournis (ou en voie de l'être) et quels éléments, aspects ou axes de réflexion devaient être développés plus sérieusement, bref, sur quel groupe de données un examen plus attentif et plus approfondi devait porter.

Cet exercice nous a permis de cerner deux grands pôles d'orientation ou deux principaux thèmes d'utilisation* : A) les caractéristiques socio-démographiques des usagers et des populations du territoire du C.L.S.C. ; B) l'analyse des données portant sur l'intervention individualisée, 1) aux fins administratives et de gestion, 2) aux fins d'intervention dans le milieu (l'analyse des pratiques et des programmes).

* Il importe de souligner que ces deux thèmes ou axes d'utilisation n'ont pas été toujours soulevés *ensemble* dans les dix C.L.S.C. consultés. Parfois un seul de ces thèmes était soulevé. Dans d'autres cas, les éléments d'utilisation qui sont ressortis étaient en marge de ceux que nous considérons ici (l'intervention ponctuelle, les demandes « spéciales », etc.). À cet effet, voir le tableau 2.

TABLEAU 2

Nombre de fois que les utilités du système pour certains aspects ont été évoquées par les C.L.S.C. consultés (N = 10)

1. Données de l'inscription	5
2. Données sur le territoire (bloc 3)	5
3. Données de l'intervention ponctuelle	2
4. Données de l'intervention individualisée	
a) aux fins de gestion	8
b) aux fins d'intervention	6

Pour la majorité des C.L.S.C. rencontrés, sinon tous, l'analyse des caractéristiques de leurs usagers et de la population d'ensemble de leur territoire constitue une première étape et une étape fondamentale dans la poursuite d'objectifs ou de recherches plus poussés. Ce premier niveau d'analyse et de traitement des informations permet de mieux cerner le taux de pénétration du C.L.S.C. auprès de groupes bien identifiés selon leur âge, leur sexe, leur provenance géographique, leur situation sociale et familiale. Il fournit des données de base essentielles en vue d'actions concrètes dans le milieu. Pour les C.L.S.C., des comparaisons et des liens doivent également s'établir entre leur population d'usagers, d'une part, et la population du territoire, d'autre part. Cette mise en relation offre de nombreuses possibilités d'application et d'intervention dans le milieu, dans la mesure où elle permet d'identifier les groupes non rejoints par les services ou activités du C.L.S.C. Dans certains cas, on utilise même d'autres sources d'information publiques telles que les données du recensement, des D.S.C., de la C.S.S.T., des commissions scolaires ou des municipalités, des données recueillies à partir de l'AH101 (données sur l'hospitalisation des patients), etc., afin d'avoir des outils d'intervention pour mieux coordonner certaines activités ou mieux orienter certaines pratiques.

Bien que ce premier thème d'utilisation soit apparu comme primordial pour la plupart des C.L.S.C. et que les besoins pour ce type d'information soient grands, c'est essentiellement sur l'analyse des données portant sur l'intervention individualisée que les C.L.S.C. ont les attentes les plus manifestes. C'est d'ailleurs sur cet aspect de l'utilisation que les C.L.S.C. envisagent des supports importants dans l'analyse et une collaboration plus étroite avec l'équipe de recherche de la Fédération. De plus, la majorité des C.L.S.C. estime que les variétés possibles d'utilisation et que

l'éventail des réflexions pouvant être développées sont plus nombreux que dans le premier cas. Enfin, les C.L.S.C. considèrent que tous les intervenants — directeurs généraux, agents d'information, coordonnateurs, praticiens — ont des intérêts plus importants dans l'utilisation de ces données, sont davantage motivés à obtenir des profils des interventions et des pratiques et se sentent plus impliqués dans cette démarche de réflexion sur le système.

Parmi l'éventail des préoccupations sur cet axe d'utilisation, deux principaux types de questionnement sont ressortis des commentaires des C.L.S.C.

Nous avons constaté, à un premier niveau, que les besoins en information des C.L.S.C. *aux fins administratives et de gestion* étaient particulièrement importants et que le désir de voir développer des mécanismes, modes ou grilles d'utilisation et des documents de travail pouvant les aider à répondre aux exigences de l'administration et de la planification des activités du C.L.S.C. était évident. Ainsi, les C.L.S.C. ont des attentes précises quant à l'utilisation des données : a) pour répondre aux demandes des organismes extérieurs (C.R.S.S.S., D.S.C., etc.); b) pour remplir les exigences du ministère (rapport annuel ; D6F-1 et unités de mesure); c) aux fins d'évaluation des activités de la programmation annuelle. Sur ce point, donc, les C.L.S.C. s'attendent à un support significatif de la part de la Fédération.

La perspective dans laquelle se situe le second niveau d'informations à étudier est relativement différente de celle qui encadre le premier en ce sens que, dans ce cas-ci, l'accent est mis sur les applications directes dans le milieu qui, par exemple, amènent des actions ou des interventions précises auprès des usagers. Cette dimension d'utilisation couvre tout ce qui a trait à *l'analyse des pratiques et des programmes* des C.L.S.C., à l'étude de thèmes ou de dossiers spécifiques et à des changements d'orientation dans les services rendus à la population ; elle devrait permettre de répondre aux besoins des intervenants du C.L.S.C. — plus particulièrement ceux des professionnels et des coordonnateurs de modules, d'équipes ou de secteurs — en termes de recherches à mener, à poursuivre ou à envisager. À titre d'exemples, du point de vue des programmes, on peut faire l'analyse de la situation des personnes âgées, l'étude du dossier maintien à domicile, l'évaluation du programme jeunesse ou santé scolaire ; du point de vue des pratiques, les thèmes peuvent être l'action préventive du C.L.S.C., les pratiques professionnelles (ex. : la multidisciplinarité) ou, encore, l'étude de pathologies (ex. : la grippe, le stress, les chroniques, etc.) ou de situations (ex. : relations familiales, toxicomanies) particulières.

Bien que les besoins en ce sens ne soient pas encore très clairs pour les intervenants des C.L.S.C. et que le questionnement en ce sens soit à peine amorcé, on a tenu à souligner que des analyses sur ces différents points devaient être réalisées. Des outils analytiques ou grilles de questionnement pourraient ainsi être développées afin de motiver davantage l'intérêt, la participation et la réflexion des professionnels qui perçoivent actuellement assez peu d'utilités dans les informations colligées par le système.

Pour terminer, soulignons le peu de préoccupations manifestées par les C.L.S.C. à l'égard des autres types d'intervention, en particulier les interventions ponctuelles. Cet aspect des informations semble très peu compris des intervenants et on en perçoit mal les utilités. Il est d'ailleurs intéressant de constater que, comparativement à l'intervention individualisée, qui est en implantation depuis à peine un an (la formule n'ayant été finalisée qu'en avril 1980) et qui est fonctionnelle dans plusieurs C.L.S.C. (34 plus 5 autres potentiels), le bilan relativement à l'intervention ponctuelle semble moins positif (35 C.L.S.C. l'utilisent de manière plus ou moins extensive). Le travail mené dans le cadre de l'utilisation pourrait donc inclure cet aspect du système de manière à susciter l'intérêt et la réflexion.

Conclusion

Cette consultation auprès des C.L.S.C. nous a permis de constater qu'ils se situent à un point tournant par rapport à l'ensemble des opérations reliées à l'implantation et au fonctionnement de leur système d'information. À cette étape-ci du développement, la question de l'utilisation prend une importance de plus en plus grande; pour plusieurs, elle représente le défi à relever et constitue le déterminant des actions et des orientations à venir. Les utilités du système doivent maintenant être exposées.

Comme indicateur de cette évolution, on n'a qu'à examiner la proportion croissante de C.L.S.C. utilisateurs d'extrants; 13 C.L.S.C. étaient considérés comme « actifs » au mois d'octobre 1980 et ce nombre a plus que doublé (32: voir le tableau 1), sans compter le nombre de C.L.S.C. en attente ou en voie d'implanter prochainement l'inscription ou l'intervention individualisée.

Des dix C.L.S.C. rencontrés, deux ont donné suite à cette consultation par une réunion de support à l'analyse effective de leurs extrants; trois autres nous ont indiqué leur volonté de fixer une autre rencontre du même type. Deux autres C.L.S.C. sont allés de l'avant et, sans avoir participé à cette première expérience, nous

ont proposé d'aller les rencontrer pour étudier la question de l'utilisation avec eux. Dans un tel contexte, il est difficile de parler d'un manque d'intérêt ou de motivation.

Cependant, compte tenu des difficultés réelles que vivent les C.L.S.C. et des problèmes auxquels ils font face dans l'utilisation de leurs données, il paraît essentiel que des actions soient entreprises pour leur donner les moyens et les outils nécessaires qui leur permettraient d'engager ou de poursuivre leur démarche d'utilisation. À ce titre, une portion significative du travail de l'équipe de recherche de la Fédération doit, de l'avis majoritaire des C.L.S.C., porter sur un support à l'analyse des extraits.

Cette première expérience sur le sujet nous a par ailleurs démontré que même si les C.L.S.C. ont des préoccupations et des objectifs communs, ils ont en même temps des attentes et des intérêts souvent variés à l'égard de l'utilisation ; aussi, il nous paraît difficilement justifiable de privilégier un mode ou un type d'utilisation au détriment des autres.

À cet effet, trois principaux volets ou axes de préoccupation se dégagent du portrait de situation que nous avons dressé : 1) obtenir un support technique à l'utilisation et à l'analyse des extraits ; 2) développer la question de l'utilisation aux fins administratives (demandes des organismes du réseau, rapport annuel) ; 3) amorcer la réflexion sur l'utilisation aux fins d'intervention dans le milieu (analyse des pratiques et des programmes, profil des usagers et de la population du territoire du C.L.S.C.).

Ces différents axes ou volets s'adressent à des groupes d'intervenants bien identifiés et devraient normalement toucher une majorité d'entre eux (archivistes, agents d'information, directeurs généraux, coordonnateurs, praticiens) ; de plus, chacun de ces volets poursuit des objectifs spécifiques, relativement distincts quoique intimement reliés. On trouvera au tableau 3 un schéma sommaire d'orientation qui spécifie chacun de ces éléments.

Partant de ces trois principaux fronts d'utilisation, nous avons développé un ensemble de mesures et de moyens d'action qui visent à répondre aux attentes des C.L.S.C. Ces moyens sont les suivants.

1. Support technique

- a) Offrir localement aux responsables du système et à toute autre personne intéressée une formation sur les extraits (pour tous les C.L.S.C. utilisateurs).
- b) Élaborer un guide de lecture des tableaux (inscription, intervention ponctuelle, intervention individualisée).
- c) Susciter la motivation à l'utilisation par les formations actuelles sur les différents aspects du système.

TABLEAU 3

Schéma d'orientation

Axes d'utilisation	Groupe visé	Objectifs spécifiques	Action envisagée
1. Fins administratives	-Directeurs généraux -Adjointes administratifs -Agents d'information	Constitution d'un outil de gestion et de planification	-Comités régionaux pour l'analyse des extraits -Préparation de documents de travail expliquant les procédures d'utilisation
2. Analyse des pratiques * et des programmes ; intervention dans le milieu	-Coordonnateurs de programmes -Professionnels	Élaboration de grilles de questionnement et d'instruments analytiques	-Participation avec la Direction analyse et évaluation sur certains dossiers (ex. : maintien à domicile, condition féminine, etc.) -Réunions locales ou régionales pour l'étude de questions particulières
3. Utilisation générale pour diffusion d'information	-Responsables du système -Archivistes	Support technique pour la lecture des tableaux, leurs utilités et leur analyse sommaire	-Formation-extraits donnée localement -Matériel didactique de lecture des données -Expériences des C.L.S.C. sur ce point à diffuser

* Éventuellement, la dimension « analyse des pratiques » pourra être travaillée à part, avec les praticiens ou professionnels de divers secteurs, sur des questions plus précises et qui seraient à définir.

2. Fins administratives

- a) Constitution d'un outil de gestion par l'élaboration d'un guide de procédures d'utilisation aux fins administratives afin de concilier ce type d'exigences avec les données statistiques fournies par le système d'information ; constituer des modèles types.
- b) Formation des comités régionaux administratifs pour examiner les demandes faites au C.L.S.C.

3. Fins d'intervention dans le milieu

- a) Élaboration de grilles de questionnement sur des thèmes ou dossiers particuliers. En ce sens, lier notre démarche à celle de l'équipe d'analyse et évaluation pour fournir aux intervenants impliqués des exemples d'utilisation (évaluation des programmes) ; offrir ainsi notre support ou participation aux comités de travail régionaux sur l'étude de questions spécifiques, telles que le maintien à domicile, la condition féminine, la santé au travail ou autres.
- b) Support local qui serait également fourni sur demande aux équipes du C.L.S.C. sur l'analyse des extraits aux fins d'intervention.

Telles sont les grandes lignes des orientations et de la perspective de travail que l'équipe de recherche de la Fédération envisage d'adopter sur cette question.

Nous avons mis de l'avant des modes d'action qui visent essentiellement la compréhension, l'éducation et la réflexion sur les données du système. Ce type d'orientation peut toutefois avoir certaines limites. Il nous paraît difficile de nous substituer aux agents locaux et aux ressources déjà en place dans les C.L.S.C. Ce sont eux d'abord qui connaissent leurs priorités et leurs besoins en termes d'utilisation ; en ce sens, c'est sur eux que reposent les chances de succès du système. Le rôle que nous entendons jouer réside dans un travail d'information continu auprès des utilisateurs et dans un support actif à la recherche. Aussi, nous misons sur l'initiative personnelle et sur la participation des C.L.S.C. pour réaliser ces objectifs.

Carole Lalonde,
Fédération des C.L.S.C. du Québec,
Direction de la recherche

180

Le dossier clientèles-population : ses implications au niveau de la gestion et de l'intervention au C.S.S.M.M.

Introduction

La constitution d'un dossier clientèles-population, qui se veut un outil de connaissance des clientèles desservies par le C.S.S.M.M. et des populations du territoire 6A, dont une grande partie est sous la responsabilité du C.S.S.M.M., est depuis près de deux ans une des priorités de travail du Service de la recherche du C.S.S.M.M.

Depuis quelques mois déjà certains travaux de recherche axés sur la connaissance des populations du territoire 6A et du territoire du C.S.S.M.M. ont été complétés et leurs résultats ont déjà été publiés (par exemple: Le statut socio-économique de la population du territoire 6A; Les groupes familiaux, notions et données statistiques; Évolution démographique du territoire de la région 6A, 1971-1976). Par ailleurs, dans les semaines qui viennent, des résultats concernant les caractéristiques générales des clientèles prises en charge par le C.S.S.M.M. seront publiés, tout comme d'autres résultats de recherche venant compléter la connaissance des populations du territoire 6A (par exemple les travaux sur les groupes linguistiques). Même si d'autres travaux de recherche ont été complétés en dehors du cadre du dossier clientèles-population, c'est à partir de la présentation du dossier clientèles-population (orientations, objectifs) et des résultats déjà disponibles ou à venir que nous voudrions nous questionner sur les *implications des résultats de recherche au niveau tant de la gestion que de l'intervention au C.S.S.M.M.* Nous voudrions, en nous servant des acquis de connaissance produits par le dossier clientèles-population, nous interroger

sur l'impact possible de ces connaissances au niveau de l'organisation générale du C.S.S.M.M. et des activités de prise de décision, de planification, de programmation de services, et aussi, sur l'intervention et la pratique professionnelle, qui constituent en somme les activités de base du C.S.S.M.M. en tant qu'organisme d'action et d'aide vis-à-vis des populations qui lui ont été confiées.

Cependant, avant de présenter le dossier clientèles-population dans son ensemble et les résultats des travaux reliés à ce dossier, nous voudrions parler brièvement du contexte général où se déroulent les activités de recherche au C.S.S.M.M. Il s'agit de la mission du C.S.S.M.M.¹

Le C.S.S.M.M. et sa mission

Le C.S.S.M.M. a une responsabilité régionale et doit rendre des services sociaux continus et de qualité qui répondent aux besoins exprimés par les populations que l'établissement doit desservir.

Afin de produire et distribuer des services sociaux adéquats et accessibles le C.S.S.M.M. doit veiller à la planification, à la programmation et à l'évaluation de ces services tout en se coordonnant avec les autres organismes du réseau (C.A., C.H., D.S.C. et C.L.S.C.) et ceux du milieu afin de promouvoir de façon rationnelle et efficace la santé globale et le mieux-être de la population desservie par ces organismes. Par ailleurs, dans une perspective de prévention de l'apparition de problèmes sociaux, le C.S.S.M.M. doit contribuer à l'établissement de programmes préventifs de services sociaux distribués dans les C.L.S.C., en collaboration avec ces derniers.

Cependant, les services sociaux que le C.S.S.M.M. doit rendre, tout en étant interdépendants et complémentaires par rapport aux services offerts dans les autres organismes du réseau, doivent avoir pour objectifs :

d'arrêter le processus de détérioration (ou de désintégration psychosociale) et de développer les capacités fonctionnelles des milieux et des personnes en vue d'obtenir un progrès par rapport à l'état antérieur.

C'est la « perte ou la diminution d'autonomie » (physique, psychologique, morale et sociale) qui caractérise les clientèles que le C.S.S.M.M. doit desservir, particulièrement quand cette perte ou diminution d'autonomie « s'associe à une carence temporaire ou définitive, partielle ou totale des réseaux primaires ».

Or c'est à travers la prestation de services plus spécifiques comme le placement (enfants, adultes, personnes âgées) et l'adoption (dans

le cas d'enfants abandonnés) et aussi en donnant des services plus généraux tels que la réinsertion sociale, l'aide psychologique, la consultation et l'action sociale que le C.S.S.M.M. cherche à « maintenir, améliorer, restaurer et développer l'autonomie physique, psychologique, morale et sociale de même que le sens de responsabilité des individus, des couples, des familles, des groupes et des collectivités ».

En résumé on peut donc dire que les services du C.S.S.M.M. s'adressent avant tout aux populations dont les conditions mènent à un besoin évident de protection sociale. C'est ainsi que le C.S.S.M.M. donne priorité aux populations cibles suivantes : les enfants et les jeunes ; les handicapés physiques et mentaux ; les malades chroniques ou en phase terminale ; les personnes âgées.

Il est à noter cependant que l'intervention sociale vis-à-vis des clientèles prioritaires de l'établissement se situe non seulement au plan individuel mais également au niveau collectif dans une perspective de développement social. L'intervention sociale doit donc chercher non seulement à maintenir, restaurer ou développer le fonctionnement individuel des personnes et les relations interpersonnelles, mais aussi à contribuer à l'amélioration des « rapports sociaux » et au changement de divers facteurs structurels, idéologiques, socio-économiques et politiques qui sont souvent déterminants dans l'apparition des problèmes vécus par ceux qui s'adressent aux services du C.S.S.M.M.

L'action sociale et la critique sociale apparaissent donc comme deux éléments essentiels de l'intervention sociale au C.S.S.M.M.

Les orientations et les principes généraux que nous venons d'énoncer dans ces grandes lignes, constituent la mission du C.S.S.M.M. qu'on pourrait qualifier de « mission de protection sociale ». Cette mission, qui encadre et guide l'ensemble des activités du C.S.S.M.M., est remplie, dans le réseau régional des affaires sociales, « par des *fonctions de recherche, d'évaluation et de coordination* ainsi que par des services spécifiques fondés dans diverses disciplines principalement dans celle du service social ».

La fonction recherche et le dossier clientèles-population

On vient de constater que la « fonction recherche », qui se situe au plan régional, est reconnue au C.S.S.M.M. comme une des fonctions devant contribuer à l'accomplissement de la mission de l'établissement.

La recherche donc doit coller étroitement aux préoccupations d'action de l'établissement. Ces préoccupations d'action peuvent être résumées de la façon suivante² :

- 1) donner des services continus et de qualité aux clientèles prioritaires en se rapprochant des milieux de vie ou en se situant dans des milieux stratégiques d'intervention (hôpitaux, centres d'accueil, tribunal, etc.) dans une perspective de protection sociale ;
- 2) assumer pleinement la « fonction critique sociale » qui exige que l'on identifie et fasse connaître les conditions nécessaires — ressources, politiques, services — qui favorisent le bien-être de la collectivité et que l'on incite la population et les groupes défavorisés à réclamer des instances décisionnelles qu'elles élaborent des politiques et des programmes qui répondent à leurs besoins ;
- 3) promouvoir des recherches au niveau régional et coordonner les efforts déployés par les C.L.S.C. pour évaluer leurs programmes et services.

Or le dossier clientèles-population repose sur la volonté d'établir une étroite concordance entre les travaux de recherche au C.S.S.M.M. et les préoccupations d'action de l'établissement, particulièrement celle de rendre des services continus et de qualité qui répondent aux vrais besoins des populations que le C.S.S.M.M. doit desservir et qui constituent, en fin de compte, la raison d'être de l'établissement.

Cependant, rendre des services adéquats qui ne soient pas seulement des palliatifs temporaires à des situations de crise mais aident vraiment les clientèles desservies à se prendre en main et à faire face de façon autonome et efficace aux nombreux problèmes qu'elles rencontrent, demande en tout premier lieu que l'établissement possède une connaissance assez approfondie des caractéristiques, des besoins, des attentes, etc., des clientèles prises en charge et des populations dont elles sont issues. C'est pour répondre à cette attente fondamentale de l'établissement que le Service de la recherche a entrepris la réalisation du dossier clientèles-population.

Le dossier clientèles-population

L'objectif principal du dossier clientèles-population est « de développer une connaissance de plus en plus approfondie des clientèles actuelles et potentielles du C.S.S.M.M. tout en cherchant à replacer ces clientèles dans les groupes de population dont elles sont issues, ce qui permettra de mieux cerner les situations où émergent les problèmes vécus par nos clients de même que le cadre dans lequel les services sont donnés ». Cette mise en relation entre les clientèles

desservies et les populations dont elles sont issues constitue une dimension privilégiée et originale de ce dossier.

Par ailleurs, étant donné que c'est la « perte d'autonomie » qui caractérise les clientèles à desservir par le C.S.S.M.M., l'analyse du phénomène d'autonomie constitue une préoccupation centrale à l'intérieur du dossier clientèles-population. Il est à noter qu'à ce niveau, un premier déblayage de la notion d'autonomie a été effectué, mais étant donné les difficultés liées à l'interprétation et à l'utilisation de cette notion selon le contexte où elle est employée, on n'est pas très avancé à ce sujet.

De plus, « par la relation que ce dossier veut établir entre les clientèles du C.S.S.M.M. et les groupes de population dont elles sont issues et par sa préoccupation centrale d'analyse du phénomène d'autonomie, le dossier clientèles-population vise des objectifs d'acquisition de connaissances utiles »³ aux niveaux de la recherche, de la gestion et de l'intervention sociale dans l'établissement.

Le dossier clientèles-population, qui se veut un projet à moyen et à long terme, comprend plusieurs étapes dont la première, la description des clientèles et de la population du territoire 6A, est en grande partie complétée. Ce sont les grandes lignes des résultats reliés aux travaux de recherche effectués dans cette première étape que nous allons présenter maintenant.

Les résultats du sous-dossier population

Il est à noter que nous n'entrerons pas dans le détail des résultats des différents travaux de recherche concernant la population du territoire 6A. Nous ne présenterons que les grandes conclusions de ces travaux.

Afin de bien situer ces résultats et pour bien comprendre leur importance il faut remarquer que la division des responsabilités entre les C.S.S. de la région 6A — C.S.S.M.M., Ville-Marie et Juif à la Famille — est basée, depuis quelque temps, sur un partage territorial plutôt que sur des facteurs socio-culturels. Chacun de ces C.S.S. doit veiller à ce que les services sociaux soient disponibles à l'ensemble de la population résidant sur son territoire.

Le territoire desservi par le C.S.S.M.M. occupe la plus grande partie de la région 6A (île de Montréal et île Jésus). Ce territoire comprend l'île Jésus au complet, la partie est de l'île de Montréal, délimitée par les frontières orientales de la ville de Saint-Laurent, de la ville de Mont-Royal et de Côte-des-Neiges, de même que la portion située au sud du canal Lachine et les secteurs du Centre-Ville et de Saint-Henri.

C'est ainsi que le C.S.S.M.M. doit desservir 73,3% (N = 1 551 495 personnes) de la population de la région 6A tandis que le C.S.S.V.M.

et le C.S.S. Juif doivent, de leur côté, desservir 21,3% (N = 449 676) et 5,4% (N = 114 702) respectivement de l'ensemble de la population de ce même territoire.

Par ailleurs, une forte majorité de la population du territoire du C.S.S.M.M., soit 86%, peut s'exprimer en français alors que 11% ne parle que l'anglais et que 3% ne parle ni anglais ni français.

En outre, les allophones, comparativement aux francophones et aux anglophones, sont en plus grande proportion des femmes, des petits enfants et des personnes plus âgées, des gens mariés, peu instruits avec des bas revenus.

Une des conséquences importantes du partage territorial entre les C.S.S. de la région 6A est que le C.S.S.M.M. assume la responsabilité de répondre aux besoins sociaux de groupes non francophones de son territoire. C'est ainsi que le C.S.S.M.M. doit adapter ses services aux divers groupes linguistiques (définis par la langue d'usage) localisés sur son territoire.

Or le territoire du C.S.S.M.M. accueille 39% des anglophones (225 390 personnes), 92% des Italiens (96 300 individus), 88% des Grecs (29 115) et 93% des Portugais (8 930) qui ont élu domicile sur le territoire 6A.

On voit donc que le C.S.S.M.M. doit rendre des services à une forte majorité d'individus faisant partie des groupes linguistiques non francophones les plus importants résidant sur le territoire 6A.

Par ailleurs, l'étude des caractéristiques socio-économiques des divers groupes linguistiques a mis en évidence que, sur le territoire du C.S.S.M.M., les anglophones, tout en étant un peu plus instruits et en ayant des revenus un peu plus élevés, sont quand même relativement proches des francophones à ce niveau.

Des travaux reliés au sous-dossier population ont cherché aussi à décrire le statut socio-économique de la population du Montréal métropolitain. Cette description a été faite à l'aide de deux mesures, soit l'indice de statut socio-économique et la quantité relative de défavorisation; cette dernière mesure, qui tient compte à la fois du volume de population et du statut socio-économique des différentes unités territoriales, repose sur les postulats suivants:

- plus la population d'un secteur est volumineuse, plus elle risque d'avoir des besoins en services sociaux;
- plus la population d'un secteur est défavorisée, plus elle risque d'avoir des besoins en services sociaux.

Les résultats concernant la description du statut socio-économique de la population de la région métropolitaine mettent en évidence que parmi les secteurs de recensement défavorisés de l'ensemble de la région 6A (statuts bas et moyens-bas), 93% sont localisés sur le territoire du C.S.S.M.M.

C'est ainsi que l'établissement doit offrir ses services à la majorité des quartiers métropolitains qui font face à la pauvreté, avec tous les problèmes matériels, physiques et psycho-sociaux qui lui sont reliés.

En plus de connaître des conditions de vie difficiles, plusieurs groupes de population sont placés dans des situations sociales qui rendent leur autonomie et leur bien-être plus fragiles. Ainsi, plus des trois quarts (77%) des familles monoparentales, soit 50 335 familles, de la région résident sur le territoire du C.S.S.M.M., où elles représentent 13% de l'ensemble des familles. De plus, on sait que les familles monoparentales connaissent des conditions de vie plus difficiles quand elles ont une femme comme chef car le statut socio-économique des femmes demeure inférieur en moyenne à celui des hommes. Or, sur le territoire du C.S.S.M.M., 85% des chefs de familles monoparentales sont des femmes.

Les personnes âgées de 65 ans et plus requièrent aussi des supports variés à mesure que leur niveau d'autonomie décroît. Or, on sait que l'ensemble du territoire 6A se caractérise par un vieillissement de sa population : les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 8% de la population en 1971, 9% en 1976 et l'on prévoit que leur proportion s'élèvera à 12% en 1990. Ces personnes âgées vivent souvent dans des conditions socio-économiques précaires qui affectent leur bien-être et augmentent leur besoin d'aide. Or, les personnes âgées de la région vivent, dans une proportion de 40%, dans les districts de C.L.S.C. les plus défavorisés et ceux-ci sont tous situés sur le territoire du C.S.S.M.M., surtout dans les zones Centre-Ville et Est.

Voilà donc quelques-uns des résultats des travaux réalisés dans le cadre du sous-dossier population. Ces résultats indiquent clairement que le C.S.S.M.M. doit desservir une population relativement vulnérable au plan socio-économique et dont l'incidence sur l'apparition des problèmes au niveau psycho-social peut s'avérer très importante. Passons maintenant aux résultats concernant la clientèle desservie par le C.S.S.M.M.⁴

Les résultats du sous-dossier clientèles

Dans le but de connaître le mieux possible la clientèle desservie par le C.S.S.M.M., le Service de la recherche de la Direction des services professionnels a entrepris une étude dont l'un des objectifs principaux était de tracer un portrait global de la clientèle en termes de caractéristiques socio-démographiques et économiques et aussi en fonction de problèmes vécus et de services demandés. Cette recherche a été effectuée auprès de deux clientèles cibles. La première comprenait les bénéficiaires ayant un dossier ouvert au

C.S.S.M.M. en date du 26 janvier 1980. La deuxième était composée des clients pour qui on avait ouvert un dossier entre le 27 janvier et le 23 février 1980.

La méthode du « sondage » par entrevue questionnaire a été utilisée pour recueillir les informations pertinentes auprès de clients choisis par échantillonnage systématique non proportionnel.

Quelques faits saillants résumés, à notre point de vue, la situation globale de la clientèle du C.S.S.M.M.

Disons tout d'abord que la clientèle desservie par le C.S.S.M.M. réside en majorité (aux trois quarts) sur le territoire placé sous la responsabilité de l'établissement et qu'il s'agit d'une clientèle fortement francophone : 96% des bénéficiaires ont le français comme langue d'usage. Par ailleurs, en majorité (62%), les bénéficiaires vivent dans leurs familles (au sens large), tandis que 38% vivent seuls, à domicile ou en milieu substitut ; 56% sont du sexe féminin. En outre, la clientèle du C.S.S.M.M. est composée en grande partie d'enfants et de jeunes ayant besoin de protection et de personnes âgées de 65 ans et plus, dont 64% vivent seules ou en milieu substitut.

De façon particulière, la clientèle du C.S.S.M.M. est majoritairement défavorisée au plan socio-économique et vit dans des conditions sociales très précaires : le taux d'activité de la clientèle est de 42%, la majorité (les trois quarts) de la clientèle n'a pas poursuivi d'études au-delà du niveau secondaire, plus des deux tiers des clients sont des ouvriers, 57% des bénéficiaires de 15 ans et plus disposent d'un revenu individuel de 5 000 \$ et moins et seulement 38% des clients ont un salaire comme source de revenu principal ; les femmes, dans la clientèle de l'établissement, apparaissent comme plus défavorisées que les hommes.

En ce qui a trait aux services demandés par les bénéficiaires de l'établissement, presque la moitié de la clientèle demande deux services et plus, presque les deux tiers (61%) des bénéficiaires demandent, comme service principal, de l'aide concrète (placement, aide à domicile, aide financière et matérielle, services médicaux et para-médicaux) et 26% de la clientèle demande de l'aide psychologique, des consultations ou du support en tant qu'aide principale.

Concernant les problèmes vécus, une forte proportion des bénéficiaires de l'établissement (43%) est constituée de « clients à problèmes multiples » (trois problèmes et plus), 78% des bénéficiaires veulent résoudre principalement, soit des problèmes de comportement individuel, soit des problèmes de santé physique ou mentale ou des handicaps, soit des problèmes de famille, soit des problèmes économiques et d'emploi. Par ailleurs, plus les problèmes vécus par les bénéficiaires sont nombreux, plus on demande des services divers.

En outre, deux bénéficiaires sur trois de l'établissement sont aidés depuis plus d'un an et, de façon plus spécifique, on constate que pour un tiers de la clientèle le processus d'aide se poursuit depuis plus de trois ans.

De plus, lorsque les bénéficiaires du C.S.S.M.M. font appel à nos services, ils ont déjà obtenu de l'aide d'autres ressources institutionnelles ou de leur famille et celles-ci n'ont pas réussi à résoudre totalement leurs problèmes. Les deux tiers de notre clientèle se retrouvent dans cette situation.

Notons aussi que la durée moyenne de leur problème principal est de presque quatre ans et celui-ci est très souvent accompagné d'autres problèmes tels que la maladie physique, le handicap, un problème de santé mentale, de comportement, de relations familiales, etc. En s'adressant à l'établissement, près des deux tiers de la clientèle du C.S.S.M.M. croient (ont confiance) que le C.S.S.M.M. pourra vraiment les aider à résoudre le principal problème vécu, et ce dans un court laps de temps (dans un délai d'environ un an).

Finalement, le niveau de satisfaction des clients par rapport aux services reçus est très élevé (85% des bénéficiaires se disent satisfaits) et c'est la qualité de la relation d'aide établie entre le praticien et le client qui semble être la source la plus importante de satisfaction vis-à-vis des services reçus. Cependant, le haut niveau de satisfaction enregistré parmi la clientèle reste difficile à interpréter en l'absence d'éléments plus précis pouvant nous permettre d'expliquer plus en profondeur ce phénomène.

L'ensemble des résultats de cette étude des clientèles montre clairement que la clientèle du C.S.S.M.M. présente, de façon générale, des traits très marqués de défavorisation au plan socio-économique et vit des conditions sociales très précaires. Par ailleurs, sans qu'on puisse établir une relation de cause à effet, il est probable que cette situation de défavorisation de la majorité de la clientèle du C.S.S.M.M. joue un rôle important dans l'apparition des problèmes vécus par les bénéficiaires quand ils demandent d'être aidés par l'établissement pour résoudre ces problèmes. En outre, cette clientèle est issue majoritairement des populations les plus défavorisées du territoire 6A.

Voilà donc, en résumé, quelques-uns des résultats les plus importants obtenus dans le cadre de la réalisation de la première étape du dossier clientèles-population⁵.

Conclusion

L'ensemble des résultats que nous venons de présenter brièvement suggère déjà un certain nombre de questions tant au niveau des

orientations politiques et sociales du gouvernement du Québec qu'au niveau de la gestion interne, de la planification et de l'intervention sociale dans le C.S.S.M.M.

Au plan politique

On sait, depuis la présentation du dernier budget du gouvernement, que des coupures budgétaires draconiennes seront imposées, particulièrement dans le secteur de l'éducation et des affaires sociales. Ces coupures semblent traduire un certain abandon des priorités sociales du gouvernement au profit des priorités d'ordre strictement économique.

Dans le cas du C.S.S.M.M. l'application de ces coupures budgétaires semble devoir exiger l'abolition de plus de 160 postes de diverses catégories.

Or dans ce contexte de réduction d'effectifs brutale, devant se faire dans un laps de temps très limité et à très court terme, comment le C.S.S.M.M. pourra-t-il assumer pleinement sa mission de protection sociale vis-à-vis d'une population très vulnérable tant au plan socio-économique qu'au plan psychologique?

Qu'advient-il de la continuité et de la qualité des services sociaux que l'établissement doit rendre à la population?

Le C.S.S.M.M. pourra-t-il assumer vraiment la responsabilité de rendre des services sociaux adaptés et de qualité à des nouvelles clientèles non francophones avec des ressources matérielles et humaines réduites suite aux coupures budgétaires imposées par le gouvernement?

Au niveau de la planification-programmation

Quel est l'équilibre à établir entre l'intervention d'ordre psychosocial et l'aide socio-économique dans la planification du processus d'aide?

Comment concilier le principe de « l'option familiale devant guider les interventions sociales dans l'établissement » avec le fait que beaucoup de nos bénéficiaires (38%) vivent seuls ou en milieu substitut et n'ont que des contacts très sporadiques avec leurs familles naturelles?

Quels liens concrets devra-t-on établir avec les C.L.S.C. et les autres organismes du réseau, afin de développer des programmes axés sur le changement et l'amélioration des conditions de vie sociales, économiques et sanitaires des populations les plus marginalisées du territoire du C.S.S.M.M.?

Est-ce que « l'action sociale » prônée par la mission du C.S.S.M.M. ne devra pas chercher à promouvoir des moyens d'action tels que

l'organisation de groupes de pression et la formation de groupes d'entraide parmi la clientèle de l'établissement, de façon à aider les clients à prendre en main la défense de leurs droits les plus fondamentaux?

Quelles sont les stratégies à développer et les moyens concrets à prendre afin que la fonction critique dans le C.S.S.M.M. aille au-delà du simple discours idéologique?

Au niveau de l'intervention sociale proprement dite

Contribuons-nous vraiment par nos interventions à rendre les individus et les familles plus «autonomes» ou, au contraire, ces interventions ne constituent-elles que des palliatifs temporaires qui rendent les bénéficiaires de plus en plus dépendants de nos services?

Au niveau de la recherche

Ne devra-t-on pas, en associant des chercheurs des différents organismes, entreprendre des recherches au plan régional qui traitent des problématiques communes aux clientèles desservies par les divers organismes du réseau dans la région 6A?

Voilà quelques interrogations que les résultats du dossier clientèles-population soulèvent. Ces questions touchent directement les orientations, la gestion et l'intervention sociale dans l'établissement, tout comme les relations que le C.S.S.M.M. devra entretenir avec les autres organismes du réseau, principalement les C.L.S.C. Nous espérons que ces questions et d'autres qui viendront de la salle pourront alimenter le débat qui va suivre.

Justo Michelena

*Centre de services sociaux du Montréal métropolitain
Direction des services professionnels
Service de la recherche*

NOTES

¹ Jean-Bernard Robichaud, *Mission du Centre de services sociaux du Montréal métropolitain*, C.S.S.M.M., février 1979, 28 p.

² Nicole Vanier, *Orientations et stratégies de la recherche au C.S.S.M.M.*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, novembre 1978, 26 p.

³ Nicole Vanier, *Dossier clientèle-population: orientations générales*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, juin 1979, 21 p.

⁴ Justo Michelena, *Les Bénéficiaires actifs du C.S.S.M.M. : caractéristiques individuelles*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, avril 1981, 249 p.

Aline Grandmaison, *Les Nouveaux Bénéficiaires du C.S.S.M.M. : caractéristiques individuelles*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels (à paraître).

⁵ Pour plus de détails concernant les résultats des travaux reliés au sous-dossier population voir : Monique Mousseau-Glaser, *Les Groupes familiaux, notions et données statistiques*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, juin 1980, 132 p. et addendum.

Alberte Ledoyen, *Évolution démographique de la région 6A, 1971-1976*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, novembre 1980, 50 p. et annexe.

Micheline Mayer-Renaud, *Le Statut socio-économique de la population du territoire 6A*, C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, juin 1980, 62 p.

Les services de santé scolaire : leur évolution face aux besoins de santé des adolescents

Problématique

Les programmes de santé, au Québec et ailleurs, connaissent depuis quelques années des remises en question majeures. Dans le cadre de la santé communautaire, on s'interroge plus particulièrement sur l'efficacité et l'impact des interventions socio-sanitaires réalisées en milieu scolaire.

Au cours de l'année 1980, au D.S.C. de l'Hôpital du Saint-Sacrement, nous avons entrepris d'analyser la pertinence des programmes de santé scolaire face aux besoins de santé des adolescents de la ville de Québec. Cette recherche exploratoire a permis de mettre en relief la problématique des services de santé en milieu scolaire et de proposer de nouvelles orientations.

En examinant de près les programmes, recherches et évaluations réalisés dans certains D.S.C. de la province, nous avons constaté qu'il existait une diversité considérable d'interventions et que, selon les D.S.C., on accordait une importance variable aux activités de santé, particulièrement en ce qui a trait au dépistage et à l'éducation-santé. Ceci nous amène à nous poser les interrogations suivantes : quels sont les besoins de santé sur lesquels sont fondées les différentes interventions mises de l'avant dans ces programmes ? Comment ceux-ci répondent-ils à ces besoins ?

L'identification des besoins de santé peut se faire de diverses façons. En santé publique, les études épidémiologiques sont beaucoup plus courantes que les études psycho-sociales. Puisque la culture est un facteur d'influence important qui détermine les

comportements préventifs adoptés par les individus, nous avons privilégié l'approche psycho-sociale. L'examen des représentations de chacun (adultes et adolescents) nous a permis de voir jusqu'à quel point les perceptions étaient similaires ou différentes par rapport à celles des intervenants. Soixante entretiens individuels et de groupe ont été réalisés auprès de soixante-seize élèves, dix parents et huit professeurs. Une consultation auprès des intervenants et d'autres sources d'information a également été effectuée.

L'objectif de la recherche était de déterminer comment les programmes actuels élaborés par les intervenants et dispensés dans les écoles secondaires de la C.E.C.Q. répondent aux besoins et aux attentes des adolescents. Il s'agissait aussi d'identifier les besoins de santé à partir des conceptions de la santé, des habitudes de vie de jeunes, de leur utilisation des services de santé et des facteurs pouvant influencer les besoins tels que la famille, l'école, les amis et les médias. On voulait également connaître la perception de tous quant à l'efficacité des services actuels (activités réalisées, mode de diffusion des informations) à favoriser l'acquisition de comportements préventifs par la population étudiante. Enfin, nous voulions connaître la perception de tous en regard du rôle actuel de l'infirmière dans le milieu scolaire.

La recherche sociologique appliquée à l'analyse des services offerts et des besoins de santé de la population cible

La sociologie en tant que science de la société fournit au chercheur une formation (théories et méthodologie d'analyse) lui permettant de connaître, comprendre et expliquer la réalité sociale. Ceci le rend apte ou devrait le rendre apte à démontrer, pour une situation particulière, les enjeux sociaux présents.

Puisque l'intervention sociale signifie globalement « acte de prendre part à une action de groupe ou une activité sociale en cours dans le but d'influer sur son déroulement », c'est dans cette optique qu'on doit concevoir l'intervention par le service de santé du D.S.C. en milieu scolaire. L'intervenant vise à promouvoir le développement de comportements préventifs en matière de santé dans une population cible, soit les élèves.

Les types d'interventions préconisés par l'infirmière scolaire sont fondés à la fois sur sa formation, ses connaissances et son expérience de travail antérieure. Ces interventions peuvent ou non concorder avec les perceptions, les besoins et les préoccupations de la population visée et de son environnement social : famille, école, amis, etc.

La recherche sociologique appliquée dans ce sens vise à cerner les enjeux présents au niveau de la santé scolaire, à expliquer comment ils peuvent ou non correspondre aux objectifs poursuivis par l'intervenant et comment ils influencent positivement ou négativement leur réalisation.

Principales constatations faisant suite à l'analyse

Conception de la santé

La santé chez le jeune est envisagée principalement au point de vue physique. Pour être en santé, l'adolescent doit être en forme : il doit pratiquer l'activité physique et bien s'alimenter. Ce n'est qu'en deuxième lieu qu'on conçoit la santé sous l'angle psycho-social. Alors que les adolescents, surtout les plus jeunes, font allusion principalement à l'aspect physique de la santé, certains des élèves plus âgés, des parents et des professeurs conçoivent la santé dans une perspective plus englobante. En fin de compte, à mesure qu'on passe de la conception de l'adolescent à celle de l'adulte, de celle du parent à celle du professeur et finalement à celle de l'infirmière, on se rapproche de plus en plus d'une conception globale de la santé chez l'adolescent. Les conceptions de la santé varient d'un interlocuteur à un autre, et les perceptions quant à l'utilisation des ressources disponibles au service de santé de l'école seront fonction de ces représentations.

Besoins de santé

Lorsqu'on analyse les besoins de santé tels qu'ils sont perçus par les divers interlocuteurs, adolescents, parents, professeurs et infirmières, on se rend compte qu'ils sont identifiés de façon différente selon les perspectives de chacun. En se référant à la classification des besoins de Monnier *et al.**, les infirmières expriment en premier lieu des besoins d'ordre psycho-social et sexuel chez l'adolescent, tandis que les parents et les professeurs y font référence implicitement sans insister autant.

Les parents et les professeurs perçoivent plus facilement des besoins reliés à l'activité physique, à l'alimentation et au sommeil.

* Monnier *et al.*, *Santé publique : santé de la communauté*, Simep, France, 1980, p. 16-17.

Les élèves, à leur tour, expriment principalement ces mêmes besoins. Les besoins d'ordre sexuel et psycho-social demeurent latents chez les adolescents et principalement chez les plus jeunes.

Lorsqu'on examine leurs habitudes de vie, on se rend compte que les jeunes, malgré leurs bonnes intentions quant à l'activité physique, l'alimentation et le sommeil, escamotent assez souvent leur équilibre de vie, contraints par le manque de temps attribuable aux exigences de l'école ou du travail. L'élève se connaît mal : il est stressé, fatigué et mal dans sa peau. À la recherche de bien-être, il a recours facilement à des moyens d'évasion palliatifs (tabac, médicaments, alcool, drogue). Finalement, l'adolescent n'est pas à l'aise avec sa sexualité. Malgré une augmentation évidente du nombre de jeunes ayant eu des relations sexuelles complètes et connu grossesses, avortements, maladies transmises sexuellement, etc., on constate chez les interviewés la difficulté d'admettre l'existence du phénomène. Les problèmes reliés à la santé sociale des jeunes sont tout aussi considérables (ex. : transformation du cadre et de la structure familiale, perspectives d'emploi, etc.).

Utilisation des services de santé

Les principaux services de santé utilisés par les jeunes sont souvent critiqués : les cliniques externes et d'urgence pour la période d'attente et les médecins pour leur attitude envers les jeunes. Cette insatisfaction devant les services offerts pourrait même être à la base du phénomène de « shopping » qu'on note chez certains individus.

Facteurs influençant la santé et les besoins de santé des jeunes

Principales sources d'information

En dehors du service de santé, les sources d'information susceptibles de fournir aux jeunes des connaissances sur la santé varient peu au secondaire II. C'est par les parents ou la télévision qu'on reçoit surtout les informations tandis qu'au secondaire V, les sources d'information sont plus variées.

La famille

L'adolescent d'aujourd'hui accède plus tôt que ses parents à une certaine autonomie et à la formation de ses propres valeurs. Non seulement ses perceptions diffèrent de celle des adultes, mais son

vécu se distingue également de celui de la génération précédente. Avec l'âge, le jeune se détache graduellement de l'influence de sa famille, de l'école, voire de ses amis. Au cours de ce cheminement vers l'autonomie, ces diverses influences s'exercent néanmoins sur lui et déterminent jusqu'à un certain point ses valeurs d'adulte.

La famille est le premier lieu d'acquisition des habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'usage de palliatifs tels que cigarette, alcool et médicaments, et d'équilibre de vie. Mais sur les plans de l'encadrement et de l'affectivité, la famille se transforme. Les parents, trop souvent aux prises avec leurs propres préoccupations, ne sont pas toujours présents pour encadrer le jeune ni pour être à l'écoute de ses problèmes (travail, loisirs, vie affective insatisfaisante, divorce, séparation). En fin de compte, les familles du territoire du D.S.C. ne sont pas toujours en mesure d'influencer adéquatement l'adolescent comme le voudrait l'intervenant puisqu'elles ne possèdent pas non plus les connaissances et les ressources nécessaires.

L'école

En regard de l'influence que peut avoir l'école sur les besoins de santé des adolescents, des éléments tels que le service alimentaire, les activités sportives, l'usage du tabac, les cours, les activités parascolaires et les relations professeurs-élèves sont ressortis au cours de l'analyse.

Même s'ils ont été conçus selon les principes de la bonne alimentation, les services alimentaires en milieu scolaire ne rencontrent pas toujours les goûts des jeunes en termes de qualité et de variété. Malgré les efforts investis, on ne peut pas les considérer non plus comme des outils éducatifs valables permettant la promotion d'une saine alimentation chez les adolescents.

Les services de sport et d'activité physique sont presque inexistant dans les écoles du professionnel long. Comment peut-on s'attendre à ce que l'élève maintienne les habitudes acquises au secondaire général? Ceci est plus problématique encore lorsqu'on considère que l'élève du professionnel entre très tôt sur le marché du travail et perdra très rapidement le goût de l'activité physique.

L'usage du tabac en milieu scolaire pose également des problèmes. L'absence de politiques fermes en faveur des non-fumeurs va à l'encontre des multiples campagnes anti-tabagisme qui sont souvent préconisées dans le milieu. De plus, le comportement des adultes est souvent un incitatif négatif.

En ce qui a trait aux cours et aux activités parascolaires, on se rend compte qu'ils sont inadaptés aux intérêts et aux besoins des

élèves et peuvent être souvent à l'origine d'une certaine démotivation scolaire. On constate de surcroît l'absence de cours structurés sur la santé s'adressant conjointement aux garçons et aux filles.

La relation professeur-élève pourrait être un facteur d'influence positif si les professeurs jouaient davantage un rôle global et demeuraient à l'écoute des élèves. Malheureusement, peu d'entre eux semblent démontrer un intérêt marqué envers les élèves. Leur désintérêt juxtaposé à leur indisponibilité laisse l'étudiant perplexe devant ses problèmes et ne facilite pas les échanges.

Les amis

En plus de pratiquer des activités communes, les amis apportent au jeune support moral, compréhension et informations, ce qu'il ne retrouve pas nécessairement auprès des adultes.

Les médias

La télévision est une source d'information privilégiée chez les jeunes. Ce média aurait avantage à être mieux exploité car le jeune est ouvert à la publicité et aux émissions d'information qui lui sont adressées.

Services de santé offerts dans le milieu scolaire

Le service de santé et le rôle de l'infirmière en milieu scolaire

La personification des services offerts en milieu scolaire s'effectue à travers le rôle assumé par l'infirmière et sa période de présence dans l'école.

Les adultes ne conçoivent pas d'ailleurs qu'ils ont un rôle majeur à jouer sur les plans curatif (premiers soins, consultation) ou informatif (éducation-santé). Tous sont prêts à collaborer avec l'infirmière scolaire si cela ne demande pas trop d'implication, de temps ou encore d'efforts. Il est assez étonnant de constater que des pédagogues avec autant d'années d'expérience se sentent si démunis quand vient le temps de diffuser de l'information sur la santé ou encore d'apporter un appui concret à l'infirmière (ex. : sentiment d'insécurité lorsqu'ils sont appelés à faire des premiers soins).

Bien que les besoins de santé des adolescents évoluent constamment, les interventions en milieu scolaire ont évolué à un rythme moins rapide. Malgré les efforts déployés par l'intervenant en milieu

scolaire en matière de prévention et d'information, il semble qu'on ait rencontré jusqu'ici des difficultés à modifier l'attitude traditionnelle des adolescents et du milieu scolaire en général, puisqu'on continue de privilégier l'approche individualiste et curative au détriment des activités éducatives de groupe. On doit donc se demander si la présence de l'infirmière dans les écoles, tout en privilégiant les activités actuelles, ne contribue pas au maintien de ces valeurs.

Éducation-santé

Les activités éducatives offertes par le service de santé scolaire recèlent des lacunes concernant l'uniformité, la structure, l'encadrement, la pertinence et la qualité des informations diffusées aux élèves. Les tendances actuelles veulent que les informations soient concentrées à la fin de l'élémentaire et à la fin du secondaire. Entre les deux, les activités se minimisent. Certains thèmes semblent être sujets à répétition (hygiène dentaire, tabagisme) tandis que d'autres ne sont abordés que superficiellement (sexualité, santé mentale). De même, certains sujets sont laissés entièrement à l'infirmière tandis que d'autres sont laissés au professeur (ex.: biologie, religion, information professionnelle). Les efforts investis sur la santé des adolescents varient donc considérablement d'une école à l'autre. Peut-on espérer des modifications de comportement significatives et une amélioration de l'état de santé des adolescents suite aux initiatives actuelles à caractère éducatif et collectif?

Activités à caractère individuel

L'ensemble des réflexions portant sur les activités à caractère individuel telles que la consultation personnelle, le dépistage visuel, la vaccination et les premiers soins, révèle que ces services sont méconnus et mal utilisés par les adolescents et le milieu scolaire en général.

Toutes les interventions à caractère individuel dans les écoles sont appréciées par la population et valorisantes pour l'infirmière. Toutefois, ces activités semblent inciter le milieu à dépendre du service de santé scolaire alors que l'infirmière tente de souligner l'importance de la prévention primaire (éducation-santé) pour répondre aux besoins fondamentaux des jeunes. Bien souvent appréciée et sollicitée pour les interventions individuelles alors qu'elle est démunie de ressources et de collaboration pour les interventions collectives, l'infirmière, malgré ses réticences, voit donc ses priorités se fixer d'elles-mêmes et devenir des activités journalières prédominantes.

Cette situation relève de la problématique générale des services de santé communautaire. Les services curatifs et individuels sont des interventions dont l'impact est rapidement perçu et apprécié par la population. Elles sont valorisantes à court terme. Lorsque l'infirmière pose un acte concret, médical, en accord avec sa formation, les élèves et les adultes qui l'entourent approuvent et apprécient l'efficacité de cette intervention. Par exemple, inciter l'élève à porter des verres lorsqu'il a un trouble visuel, soigner un élève blessé, administrer un vaccin revêtent une certaine forme de mysticisme pour un individu non averti et démuni et provoquent chez lui une vénération démesurée pour les gestes du professionnel de la santé. L'infirmière est donc confrontée à ces contraintes lorsqu'elle joue le rôle d'agent éducatif.

Qu'advierait-il si le milieu scolaire prenait véritablement en charge les premiers soins et l'aide personnelle aux élèves; si les adultes et les élèves ne faisaient plus appel à l'infirmière pour des malaises? Et que dire du nombre inconnu d'élèves qui sont aux prises avec de sérieux problèmes, qui ne consultent pas individuellement et qui ne bénéficient pas des informations et des échanges collectifs?

Organiser des activités collectives d'information pertinentes et intéressantes pour les élèves demande des efforts, des compétences et des ressources, mais s'avère difficile à évaluer à court terme. Aider les élèves collectivement dans leur cheminement, leur vécu et leur épanouissement personnel est un travail exigeant qui requiert une compétence et des aptitudes pédagogiques particulières que seules les connaissances, l'expérience et l'empathie envers les jeunes peuvent conférer. Les intervenants actuels de la santé en milieu scolaire, malgré leurs aptitudes et leurs connaissances, doivent s'acquitter d'une lourde tâche communautaire. Ont-ils la formation et l'expérience de travail nécessaires pour être à la mesure des interrogations et du vécu des jeunes et ce, pour une multitude de sujets: nutrition, sexualité, santé mentale, etc.? Les adolescents exigent-ils trop ou avons-nous négligé de nous adapter à leurs besoins au cours des dernières années?

Mode de diffusion des informations

La diffusion des connaissances sur la santé en milieu scolaire prend des formes extrêmement variées dans l'ensemble des écoles secondaires de la C.E.C.Q. L'analyse de cette situation nous laisse croire que les interventions socio-sanitaires effectuées jusqu'à maintenant ne se réalisent pas dans les meilleures conditions possibles. L'intégration des activités dans le cadre académique, la

collaboration du directeur et du personnel enseignant, le dynamisme de l'infirmière scolaire ainsi que la disponibilité de ressources adéquates ne sont pas optimales en milieu scolaire.

La majorité des interventions dans le milieu scolaire relèvent d'initiatives locales et du bon vouloir de l'infirmière et du personnel enseignant. Actuellement, dans les diverses écoles de la C.E.C.Q., on ne semble pas accorder la même importance à la santé. Mais le manque de collaboration ne peut être uniquement attribué au milieu scolaire. Il relève en partie des lacunes organisationnelles du service de santé lui-même au niveau de l'encadrement et de la concertation des activités collectives. Le milieu scolaire semble plus prêt à collaborer avec l'intervenant lorsque celui-ci met de l'avant des activités éducatives structurées et pertinentes.

Conclusion

Par ses lacunes au niveau de la structure et de l'organisation, le service de santé actuel en milieu scolaire n'est pas toujours en mesure de susciter l'intérêt et la collaboration de la direction et du personnel enseignant en vue de privilégier les activités en éducation-santé et de diminuer ainsi l'importance accordée aux autres types d'activités.

Avant d'affirmer que les interventions de santé en milieu scolaire ont peu d'impact sur la santé des jeunes, il faut d'abord connaître les contraintes du milieu et de l'intervenant lui-même, qui empêchent la réalisation d'activités de qualité, efficaces et pertinentes aux besoins des adolescents.

On doit aussi s'interroger sur la pertinence des connaissances, de la formation et de l'expérience de travail des intervenants actuels en milieu scolaire. Ces caractéristiques leur permettent-ils d'appliquer convenablement l'ensemble des programmes correspondant aux besoins réels de la population?

Enfin, on doit se demander si le milieu scolaire et la société en général accordent suffisamment d'importance à la santé, permettant ainsi la réalisation d'interventions dans une optique de santé communautaire.

Hélène Buteau
Hôpital du Saint-Sacrement de Québec
Département de santé communautaire

collaboration et de l'engagement de la communauté. Les résultats de la recherche indiquent que les interventions communautaires sont plus efficaces lorsqu'elles sont menées en collaboration avec les membres de la communauté. Les interventions communautaires peuvent être menées de plusieurs manières, y compris par le biais de groupes de soutien, de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil.

Conclusion

Les interventions communautaires sont une approche efficace pour améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Les interventions communautaires peuvent être menées de plusieurs manières, y compris par le biais de groupes de soutien, de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil.

Les interventions communautaires sont une approche efficace pour améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Les interventions communautaires peuvent être menées de plusieurs manières, y compris par le biais de groupes de soutien, de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil.

Les interventions communautaires sont une approche efficace pour améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Les interventions communautaires peuvent être menées de plusieurs manières, y compris par le biais de groupes de soutien, de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil.

Les interventions communautaires sont une approche efficace pour améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Les interventions communautaires peuvent être menées de plusieurs manières, y compris par le biais de groupes de soutien, de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil. Les interventions communautaires peuvent également être menées par le biais de programmes de formation et de programmes de conseil.