

Ellen CORIN

directrice de l'Unité de recherche psychosociale
du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

(1993)

“Changer de cadre.
Paramètres pour une approche
anthropologique
de l'évaluation.”

*Intervention au 59^e congrès de l'ACSALF
de 1991.*

**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES
CHICOUTIMI, QUÉBEC**

<http://classiques.uqac.ca/>



<http://classiques.uqac.ca/>

Les Classiques des sciences sociales est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.

UQAC

<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25^e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs.
C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint, bénévole,
Chomedey, Ville Laval, Qc. courriel: rtoussaint@aei.ca.

[Page web](#) dans Les Classiques des sciences sociales :

http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_toussaint_rejeanne.html

à partir du texte de :

Ellen CORIN

“Changer de cadre. Paramètres pour une approche anthropologique de l'évaluation.”

in ouvrage sous la direction de Judith Légaré et Andrée Demers,
L'évaluation sociale : savoirs, éthique, méthodes. Actes du 59^e
Congrès de l'ACSALF 1991, pp. 17-46. Montréal : Les Éditions du
Méridien, 1993, 372 pp.

La présidente de l'ACSALF, Mme Marguerite Soulière, nous a accordé le 20 août 2018 l'autorisation de diffuser en accès libre à tous ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : marguerite.souliere@uOttawa.ca

La présidente de l'ACSALF, Marguerite Soulière : professeure, École de Service sociale, Université d'Ottawa.

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

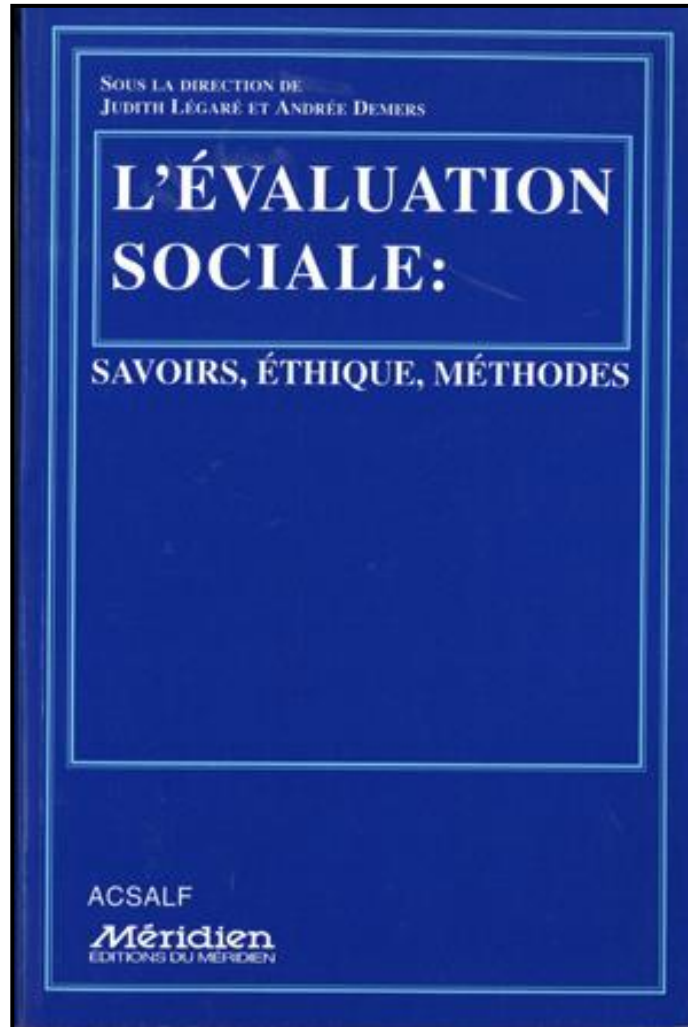
Édition numérique réalisée le 3 octobre 2020 à Chicoutimi, Québec.



Ellen CORIN

directrice de l'Unité de recherche psychosociale
du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

*“Changer de cadre. Paramètres
pour une approche anthropologique de l'évaluation.”*



in ouvrage sous la direction de Judith Légaré et Andrée Demers, **L'évaluation sociale : savoirs, éthique, méthodes**. Actes du 59^e Congrès de l'ACSALF 1991, pp. 17-46. Montréal : Les Éditions du Méridien, 1993, 372 pp.



La présidente de l'ACSALF, Mme Marguerite Soulière, nous a accordé le 20 août 2018 l'autorisation de diffuser en accès libre à tous ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : marguerite.souliere@uOttawa.ca

La présidente de l'ACSALF, Marguerite Soulière : professeure, École de Service sociale, Université d'Ottawa.

Note pour la version numérique : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l'édition papier numérisée.

[17]

**L’évaluation sociale :
savoirs, éthique, méthodes.**
Actes du 59^e Congrès de l’ACSALF 1991.

1

“Changer de cadre.
Paramètres pour une approche
anthropologique de l’évaluation.”

Par Ellen CORIN

directrice de l’Unité de recherche psychosociale
du Centre de recherche de l’Hôpital Douglas

[18]

[19]

Au cours des dernières années, l’évaluation a pris au Québec une importance croissante, sur le plan des discours et des pratiques mais également sur le plan normatif. En effet, une exigence d’évaluation est de plus en plus attachée au financement de nouveaux services ou programmes et cela, aussi bien dans le domaine des ressources alternatives que dans celui du réseau officiel des services. Il s’agit là d’une tendance générale des sociétés modernes. Cependant ; elle revêt sans doute ici une force particulière, en raison de la consolidation d’un paradigme gestionnaire et parce qu’une démarche d’évaluation est perçue comme étant teintée de connotations de progressisme dans une société caractérisée par une tendance à s’emballer plus généralement pour des modèles de pratique nouveaux.

Je voudrais suggérer que dans le domaine des services de santé et des services sociaux, l’évaluation se voit en outre revêtue au Québec d’une fonction particulière, que l’on peut qualifier d’éthique, par rapport au système des services. Cette fonction implique une série de défis qui me paraissent trop facilement évacués dans bon nombre d’études évaluatives. Ils exigent l’élaboration de nouvelles approches venant compléter les modèles prévalents en matière d’évaluation. C’est dans ce contexte que me paraît devoir se poser la question de l’apport des sciences sociales à l’évaluation.

Les enjeux éthiques de l’évaluation au Québec

Il est important de se rappeler au départ que le système actuel de santé et de services sociaux a été mis en place au début des années [20] soixante-dix à la suite du rapport Castonguay-Nepveu qui proposait une nouvelle vision des services et de leur organisation. Quinze ans après sa création, la Commission Rochon recevait le mandat de faire une

évaluation du système en place, mais également celui d’effectuer un retour sur les présupposés le sous-tendant et de proposer un certain nombre de perspectives susceptibles de le réorienter et de lui donner un nouvel essor.

Un des points majeurs du rapport soumis par la Commission Rochon est le choix affirmé de placer la notion d’objectifs de résultats au centre du système des services. Cela signifie que les décisions en terme d’allocation de ressources ou de création de programmes ne doivent plus être dictées par des impératifs internes au système mais par un souci d’atteindre des résultats précis. En principe, l’approche proposée implique une modification des instances chargées des prendre les décisions. En effet, les orientations prônées par les corporations professionnelles ou les institutions risquent de refléter essentiellement des habitudes de pratique en place et des intérêts particuliers ; le rôle de définir des objectifs et priorités devrait ainsi se voir en principe confié à d’autres instances, qu’il s’agit de préciser.

Ces orientations du rapport Rochon s’inscrivent dans un mouvement plus général. On peut dire qu’elles prolongent, au niveau de la planification, une remise en question des notions d’efficience et d’efficacité dans le domaine de la santé. Ainsi, en Grande Bretagne, Cochrane (1977) note qu’alors que dans les années soixante, l’objectif était que « tout ce qui est efficace doit être gratuit », le défi des années soixante-dix est plutôt : « tout ce qui est gratuit doit être efficace ». Pour Cochrane comme pour Rochon, il s’agit avant tout de contrôler les tendances inflationnistes d’un système médical se développant suivant sa propre logique.

La notion d’objectifs de résultats s’inscrit en outre dans le cadre d’un élargissement général des conceptions de la santé et du mandat dévolu au système des services. D’une part, il s’agit de faire une place plus importante à la promotion et à la prévention et de les intégrer dans les projets de planification, au même titre que le curatif ; ceci implique que la notion de résultat doit s’appliquer à des populations aussi bien qu’à des clientèles. D’autre part, les notions de décentralisation [21] et de partenariat s’imposent ; elles impliquent au moins potentiellement qu’il faut songer à des alliances avec des ressources extérieures au système formel des services et à des stratégies de rapprochement avec les communautés locales. Dans ce contexte, les documents de politique parlent de la nécessité d’impliquer la population ou ses représentants

dans les prises de décisions. Un des traits caractéristiques du nouveau discours est donc un souci de sortir des limites tracées par les systèmes des services existants et de privilégier le point de vue des utilisateurs du système et, plus généralement, celui des populations afin d'interroger le système dans ses objectifs et dans son fonctionnement.

On peut dire que si elle est prise au sérieux, la notion d'objectifs de résultats constitue un instrument permettant de déborder le cadre que définissent les modèles habituels de pratique et d'ouvrir de nouvelles pistes d'action en matière d'intervention et de programmation. On a souligné plus haut que l'évaluation joue ici un rôle fondamental, en ce qu'elle peut légitimer, ou au contraire inciter à réorienter, les pratiques existantes, par l'éclairage qu'elle jette sur l'atteinte effective des résultats visés. La manière dont est définie la notion de résultat et le choix des indicateurs revêtent ici une importance cruciale. En effet, les critères choisis peuvent être définis à partir des conceptions que véhiculent services et professions sur ce qui constitue un résultat à atteindre, ou l'être à partir d'un cadre plus général. Dans le premier cas, l'évaluation tend à renforcer et à légitimer une logique existante, et agit dès lors dans un sens conservateur. Dans le second, l'évaluation peut fournir des indications permettant d'interroger, de relativiser ou de compléter les logiques existantes et être un outil de changement. C'est à ce niveau que se situe ce que j'ai appelé le défi éthique de l'évaluation, chien de garde du système ou moyen d'innovation.

Les réflexions qui suivent prennent au sérieux et poussent à ses limites le souci exprimé par la Commission Rochon de renouveler le système. Il s'agit de revenir sur la fonction de l'évaluation dans ce contexte, d'identifier les défis posés et d'explorer les paramètres d'une démarche d'évaluation pouvant contribuer à répondre au défi lancé par le rapport Rochon.

[22]

L'évaluation, un outil de décentration

La décision d’inscrire l’évaluation au cœur du fonctionnement de programmes définis par des objectifs de résultats et d’en faire un instrument de changement oblige à élargir les cadres de l’évaluation classique et pose un certain nombre de défis importants. Je vais en retenir quatre qui m’apparaissent particulièrement intéressants pour notre propos.

Le premier défi concerne la définition même de la notion de résultats. En effet, alors que du point de vue de la logique d’un programme, le résultat visé tend à correspondre aux moyens d’intervention, le fait de se placer du point de vue des populations peut amener à identifier des objectifs d’intervention nécessitant la mise au point de programmes complémentaires, et oblige à prendre en compte l’ensemble des effets induits par un programme, au-delà des résultats explicitement visés. Il faut prêter ici une attention particulière à ce l’on qualifie d’« effets pervers » d’une intervention, effets qui peuvent soit affecter la personne objet de l’intervention, soit d’autres personnes qui lui sont liées, ou encore se manifester sous la forme de conséquences sociales non désirables. Ainsi, un programme de désinstitutionnalisation psychiatrique non suffisamment épaulé par une gamme de programmes complémentaires dans le milieu peut réduire avec succès la durée des hospitalisations et le coût des traitements, même si l’on tient compte de l’augmentation des taux de réadmission, mais augmenter le nombre de jeunes itinérants ou le risque de problèmes de santé mentale se développant dans la génération des enfants des personnes atteintes. Un programme de maintien à domicile peut parvenir à diminuer le taux d’institutionnalisation des personnes âgées mais augmenter le fardeau matériel et émotionnel pesant sur la famille proche et obliger par exemple un enfant, généralement une fille, de la personne âgée à abandonner un emploi rémunéré.

Le second défi auquel se trouve confrontée la recherche évaluative consiste à examiner le contexte et l’orientation des interventions, à lumière d’une conception plus globale des résultats à atteindre. Ceci

implique que l’évaluation doit pouvoir prendre pour objet le fonctionnement et la philosophie du programme à évaluer et mettre en relief [23] son caractère éventuellement partial ou partiel par rapport à un objectif général. Ainsi, des programmes destinés en principe à épauler le maintien et la réinsertion de personnes ayant souffert de problèmes émotionnels graves peuvent être en fait structurés autour de modèles de pratique qui contribuent à renforcer les liens au système psychiatrique et un rapport de dépendance à ce dernier.

Le troisième défi, plus complexe, concerne une question d’imputabilité. Il consiste à évaluer quelle est la place des services dans la production des résultats. En effet, un « résultat » particulier peut être produit par une série de processus ou d’actions indépendants du programme tout comme, à l’inverse, des facteurs externes à l’intervention peuvent venir limiter les résultats obtenus. Ainsi, l’histoire des épidémies montre que les taux de tuberculose ont commencé à décliner avant la généralisation du vaccin, suite à une amélioration générale des conditions de vie et d’hygiène, phénomènes que continuent à ignorer ceux qui se réfèrent à cet exemple pour justifier une approche essentiellement biomédicale de la prévention. On continue encore souvent à utiliser le « retour au travail » comme critère de la réussite d’un programme de réadaptation (Beiser et al., 1985), même si ce « résultat » reflète également l’action d’une série d’autres facteurs comme les caractéristiques du marché de l’emploi, l’évolution des exigences dans le domaine du travail, ou le degré de tolérance des employeurs et des milieux de travail. De manière corollaire, dans le domaine de la santé, on ne peut limiter l’évaluation au cadre des interventions explicitement orientées vers la santé ; il paraît aussi important de pouvoir évaluer l’impact sur la santé de décisions politiques prises dans d’autres secteurs. On peut mentionner ici l’effet potentiel des politiques actuelles régissant les allocations de bien-être social ou le contrôle des assistés sociaux, sur leur santé mentale et sur celle des membres de leur entourage. Dans le domaine de l’immigration, il faudrait examiner par exemple quel est l’impact sur la santé mentale et sur les chances d’insertion réussie dans la société québécoise, de la longueur des procédures associées à la reconnaissance d’un statut de réfugié, ou quelles sont les répercussions d’une politique d’immigration visant à favoriser le regroupement des familles, ou encore les conséquences de différentes [24] stratégies d’intégration des

groupes immigrants dans la société québécoise. On peut ainsi penser qu'une évaluation de l'impact d'interventions qui dépendent directement du système de santé et des services sociaux présuppose que l'on ait une compréhension adéquate de l'ensemble des facteurs qui influencent les résultats visés par le programme.

Le quatrième défi, complémentaire du précédent, consiste à examiner quelle place la population elle-même accorde à un programme donné dans le cadre d'un ensemble plus large de démarches de recherche d'aide. En effet, si l'on se place du point de vue des populations, ce qui existe ce sont des ensembles de ressources, de services et de programmes entre lesquels évoluent les personnes en fonction de leurs besoins mais également en fonction de tout autres impératifs. Les personnes font certains choix, elles peuvent décider d'utiliser ou non des services, recourir parallèlement à une série de ressources différentes, ou encore utiliser les services et programmes à d'autres fins que celles prévues par les planificateurs et par les intervenants. Dans ce contexte, une démarche d'évaluation doit pouvoir examiner les va-et-vient à l'intérieur et en dehors de la gamme des services offerts, chercher à identifier les facteurs associés à des styles particuliers d'utilisation ou de non-utilisation, et évaluer les effets associés ; il faut également pouvoir décrire l'articulation existant entre ce que propose le système et ce qui existe à l'extérieur de ce dernier. Sous cet aspect, les non-utilisateurs de services sont aussi intéressants à étudier que les usagers des services, en regard de l'« histoire naturelle » des problèmes.

Ces différents défis se rejoignent au niveau de la nécessité de prendre en compte des paramètres autres que ceux définis par le système lui-même. Or, les paradigmes dominants en matière d'évaluation tendent à garder la démarche de recherche prisonnière de la façon dont les services et programmes fixent leurs objectifs, les résultats à atteindre et les moyens de les obtenir. L'évaluation ne peut ainsi que contribuer à renforcer la logique définie par le système, quitte à l'ajuster dans certaines limites, sans pouvoir l'interpeller à partir de ce qui la déborde. Qu'il s'agisse d'évaluation de résultats ou de processus, on se limite alors à examiner dans quelle mesure les [25] changements produits ou le fonctionnement du programme sont conformes à ce qui était prévu au départ.

*Illustration : la « complémentarité »
entre ressources alternatives et institutionnelles*

La nouvelle politique de santé mentale définit en termes de complémentarité le rapport qui devrait exister entre les ressources alternatives et le système officiel des services et programmes en santé mentale. Du point de vue du système, les ressources alternatives sont perçues comme venant remplir les trous laissés vides par les services existants ; leur fonction se voit ainsi précisée comme relevant de l'accompagnement, de la socialisation, de la défense des droits. À cette définition externe de leur champ de compétence, un certain nombre de ressources alternatives opposent un projet qu'elles qualifient de thérapeutique ; ce projet répond à une conception de la thérapie qui se veut différente de celles qui animent les services officiels. Dans ce contexte, la notion de complémentarité revêt un sens différent selon la perspective adoptée, et les indices permettant d'évaluer la mise en acte de cette complémentarité diffèrent largement selon l'angle privilégié.

De manière générale, un impératif d'évaluation peut avoir un effet significatif en termes de normalisation des pratiques. Dans le cas des ressources alternatives, le renouvellement d'une subvention de fonctionnement se voit de plus en plus assorti d'exigences concernant la définition des objectifs et orientations des programmes. Ce type d'exigence peut conduire les ressources à resserrer leurs programmes dans un sens qu'elles espèrent plus crédible et à diminuer la place donnée à des modes de pratique moins spécifiques et dont les effets sont moins aisés à mesurer. On peut penser ici à des activités qui ne sont que minimalement structurées, comme des programmes de « sit-in » offrant aux personnes un lieu où elles puissent se reposer, à travers lequel elles puissent passer quand elles le désirent ou en ressentent le besoin. Ce type d'activité, qui peut être particulièrement important pour les personnes les plus marginales ou les moins « fonctionnelles », est généralement peu apprécié des organismes subventionnaires et on peut craindre que les ressources soient amenées à les [26] laisser progressivement de côté. Il est aussi difficile de rendre compte, dans un bilan classique d'activités, du temps et de l'importance que peut prendre l'« apprivoisement » progressif des personnes les plus

solitaires ou les plus marginales et qui ne s'approchent que lentement des lieux de rencontre qu'on leur propose.

Ainsi, la nécessité de définir des objectifs opérationnels et mesurables risque de pousser certaines ressources alternatives à sortir de l'ordre que définit leur propre compréhension des situations, telle qu'elle est portée par une expérience de vie, par l'appartenance à un certain milieu, par une certaine philosophie d'intervention, ou encore par une certaine histoire personnelle, pour entrer dans l'ordre d'une logique para-professionnelle dont le champ d'application se trouve par ailleurs étroitement limité par le principe de complémentarité mentionné plus haut.

Il existe donc un rapport de détermination ou de renforcement réciproque entre logique évaluative et logique d'intervention. Par contre, on peut faire l'hypothèse qu'une démarche d'évaluation menée en fonction de paramètres différents peut aussi contribuer à réorienter les interventions en attirant l'attention sur des aspects particuliers des résultats, et maximiser la portée potentielle de ces derniers par rapport à des objectifs redéfinis en fonction d'un cadre différent. C'est dans ce contexte qu'il faut examiner l'apport possible des sciences sociales à la recherche évaluative.

À la recherche d'une approche alternative de l'évaluation

La perspective adoptée ici est que la notion d'évaluation doit être élargie pour inclure un travail sur la définition même des objectifs et des résultats à atteindre, dans un sens qui tienne compte de leur pertinence par rapport aux populations concernées. Je vais me référer plus particulièrement ici à une perspective de type anthropologique, dont les prémisses me paraissent particulièrement pertinentes. Son apport potentiel sera illustré par des exemples empruntés au champ de la santé mentale et à celui de l'intervention auprès de personnes âgées isolées, ainsi qu'à ce qui concerne la décentralisation des services. Dans chacun de ces domaines, les services professionnels tendent à procéder de façon similaire : ils identifient les problèmes à [27] partir de méthodes objectives, et mettent en place des interventions permettant

de corriger la situation. L'évaluation consiste alors à examiner dans quelle mesure les problèmes identifiés au départ ont été modifiés par l'intervention.

Dans le cas de la réadaptation de patients psychiatriques, les problèmes objets de l'intervention sont définis en termes de besoins et leur identification se fait à partir d'une grille objective ou standardisée élaborée au départ. Les problèmes sont saisis comme des déficits à corriger, par des interventions appropriées. Un des modèles de pratique actuellement les plus populaires dans ce domaine est celui de la psychoéducation, qui implique la transmission de connaissances jugées appropriées à la situation, ainsi que l'apprentissage de comportements plus adaptés.

Dans le cas des programmes destinés à des personnes âgées isolées, l'identification d'une problématique d'isolement se fait généralement à partir de critères relativement objectifs et quantitatifs ; l'intervention vise à modifier la situation en articulant la personne sur un nouveau réseau de relations qui passe le plus souvent par des groupes créés par le programme lui-même.

Dans le cas de la décentralisation des services de santé, c'est l'épidémiologie qui est perçue comme le moyen privilégié pour adapter les services aux communautés locales. Les données épidémiologiques sont utilisées pour brosser un portrait des problèmes dominants et permettre d'identifier des groupes à risque, sur lesquels concentrer l'intervention.

Dans ces différents exemples, le modèle d'intervention est prédéterminé et l'élément-clé permettant son adaptation aux problématiques individuelles ou locales est une identification objective des problèmes sur lesquels intervenir. En fait, une telle approche apparaît simplificatrice à outrance, et cela pour deux raisons principales. La première réside dans la rapidité avec laquelle est effectué le passage de la notion de problème à celle de besoin d'intervention, puis de celle de besoin d'intervention à un service spécifique. Ainsi, dans la chaîne complexe des rapports entre problème-besoin-intervention-résultat, on peut dire que c'est essentiellement le premier des [28] éléments qui est objet d'attention et les autres sont censés en découler de manière quasi-automatique.

La seconde raison qui permet de parler d'une simplification des perspectives concerne ce premier stade de l'identification des problèmes. En effet, les instruments et indices disponibles sont perçus comme permettant de dresser un tableau objectif de la réalité, sans que l'on prenne en compte le caractère nécessairement relatif du portrait tracé. La naïveté du réalisme épistémologique impliqué par cette position ressort des travaux réalisés en sémiologie sur le rapport entre le signe et l'objet signifié, rapport qui ne peut jamais être que partiel. En effet, le signe est, par définition, non la réalité elle-même mais un aspect de la réalité, sélectionné de manière implicite à partir du cadre de référence ou de la grille de lecture de l'observateur. Ainsi, la relativité du signe est double : dans le rapport à l'objet qui n'est jamais que partiellement représenté et est toujours susceptible d'autres lectures, et dans le rapport à l'observateur dont l'attention est toujours déjà pré-orientée vers certains aspects de la réalité. Dans le domaine des problèmes de santé et des problèmes sociaux, s'il est vraisemblable que la conception que se font les professionnels de ce qui constitue un problème ou un besoin recoupe en partie celle que s'en font les personnes concernées, on ne peut postuler au départ un recouvrement entre ces perspectives. On s'intéresse cependant peu aux implications d'une divergence de vues possible concernant la définition des problèmes ou la pondération de leur importance relative.

Le fait de négliger le caractère relatif de notre lecture de la réalité risque de fermer trop rapidement, et d'éliminer, la polysémie potentielle du phénomène observé. Ainsi, dans le cas de la santé mentale, le fait d'aborder une personne diagnostiquée comme schizophrène et qui présente des comportements de retrait à partir d'une grille psychiatrique amène à diagnostiquer comme symptôme négatif de la schizophrénie un comportement qui peut résulter de l'interaction entre plusieurs niveaux de facteurs ou constituer le résultat d'un rapport complexe de négociation avec un entourage perçu comme rejetant. Dans le domaine de la décentralisation, on a montré que des comportements similaires peuvent susciter des réactions contrastées [29] dans des milieux différents, réactions qui peuvent aller dans le sens d'une dédramatisation ou d'efforts pour contenir ou contrôler les problèmes et soutenir ceux qui les vivent, ou dans celui de l'amplification, de la marginalisation et de l'exclusion (Corin et al., 1990). Dans ces différents cas, si elle ratifie une simplification de la

multi-dimensionnalité de phénomènes complexes, la recherche évaluative peut contribuer à construire une réalité artificielle qui correspond en miroir à la logique de l’intervention qui lui est appliquée, et renforcer ainsi les modèles existants plutôt que d’aider à les mettre en tension avec d’autres regards, complémentaires, sur la réalité visée.

Il est donc naïf de penser que, dans les exemples cités plus haut, la logique scientifique donne un accès neutre et direct à la réalité telle qu’elle existe en soi, et qu’elle suffit à fonder l’intervention. Ce qui existe sont des logiques plurielles, où cadre de référence et observations sont en étroites relations. Il s’agit donc de réintroduire dans les plans d’intervention et de recherche un sens de la complexité des réalités humaines et sociales, qui déborde des modèles professionnels marqués de plus en plus par la parcellisation et la fragmentation.

Changer de cadre

Les sciences sociales sont particulièrement bien placées pour faire ressortir d’autres aspects des problèmes ou situations et pour proposer une approche de l’évaluation qui tienne compte d’un ensemble plus large de paramètres. Elle, fournissent des concepts et méthodes permettant de décrire la réalité située en-deçà et au-delà de l’intervention proprement dite et d’en définir les dimensions pertinentes.

Une approche de type anthropologique invite à considérer les problèmes de santé et les problèmes sociaux sous trois angles complémentaires :

- elle place au cœur de l’analyse la notion de signification ; ainsi, les comportements sont toujours saisis dans leur dimension significative pour les acteurs, dimension qui renvoie à une trame de valeurs, de normes, de croyances qui constituent une vision du monde particulière ;

[30]

- elle saisit les significations dans leurs dimensions collectives, sociales et culturelles, même si le champ des significations est

toujours repris et retravaillé par des personnes concrètes, à la lumière de leur propre histoire de vie ;

- elle considère que la culture est elle-même toujours située dans un contexte socio-historique et socio-politique plus large, avec lequel elle entretient des rapports dialectiques de domination et d’échange.

L’intérêt potentiel de ce type d’approche va être brièvement illustré en relation aux exemples cités plus haut. Dans chaque cas, j’identifierai certains paradoxes auxquels se heurtent les approches classiques et je montrerai comment d’autres pistes d’action sont suggérées par des recherches d’orientation plus anthropologique. J’en discuterai les implications pour une approche de l’évaluation, en m’appuyant sur les discussions plus générales du colloque.

La réadaptation des patients psychiatriques

Les interventions dans le domaine de la réadaptation sont marquées par une série de paradoxes. Le premier découle de l’opposition entre la philosophie explicite de la politique de santé mentale, qui se veut centrée sur la personne, et une définition de ses besoins et besoins d’intervention en fonction de paramètres professionnels. Par opposition à la notion de désir, qui se réfère à un mouvement intérieur à la personne et à quelque chose qui peut être de l’ordre d’un projet, on peut dire que la notion de besoin est indissociable de la grille préexistante utilisée pour la décrire et élaborée en fonction d’une certaine conception de la personne et des rapports sociaux. Le second paradoxe découle du décalage entre une intervention qui vise ultimement une réinsertion en milieu normal ou protégé, et des modèles de pratique qui se centrent sur la personne et ses déficits, laissant le « tiers social » dans la position d’une case vide : comme si recréer un nouveau rapport à soi et au monde pouvait se fonder essentiellement sur un travail individuel et de type instrumental. Le troisième paradoxe est celui qui continue à exister entre des objectifs de réinsertion d’orientation normalisante et la réalité d’une société en pleine [31] transformation qui n’a pas, ou guère, de place pour ceux qui souffrent ou ont souffert de problèmes mentaux et

émotionnels importants. Ainsi, le travail, le mariage, le nombre de relations sociales continuent à être utilisés comme critère de réadaptation individuelle réussie, sans que l'on prenne en considération ni le type de position qu'élaborent les personnes face au monde, ni les conditions sociales et culturelles qui favorisent ou handicapent la réinsertion, en marge des capacités personnelles.

Remettre réellement la personne au centre des interventions me paraît impliquer qu'il faut partir de ce que signifie pour elle la réinsertion. Il s'agit donc de partir d'une connaissance de la manière dont les personnes se situent dans le monde qui les entoure et de ce qu'elle-même cherchent à y mettre en place, pour examiner dans quelle mesure on peut renforcer ou élargir ces tentatives personnelles de réarticulation sur un champ relationnel et social. Il faut ainsi pouvoir investiguer la position personnelle des patients par rapport à leur monde, identifier le tissu social dans lequel ils se situent et s'interroger sur les conditions de contexte qui viennent infléchir positivement ou négativement la réinsertion.

Dans une étude réalisée à Montréal auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (Corin et Lauzon, 1988 ; Corin, 1990), le fait de ne plus être réhospitalisé et la possibilité de prendre une certaine distance face à l'institution psychiatrique se sont avérés associés à l'adoption d'une position générale de retrait ou de mise à distance par rapport au champ social et sociétal. Cette position traverse les différents domaines investigués : les relations interpersonnelles, le système de soutien social ou le rapport aux rôles sociaux ; elle se retrouve dans le domaine des attentes et des valeurs aussi bien que celui des comportements concrets. Cette convergence entre le champ des perceptions et celui des comportements permet de parler d'une position personnelle de détachement plutôt que de marginalisation ou d'exclusion.

En fait, une analyse plus détaillée des protocoles individuels et du contenu des discours recueillis montre qu'une telle position se trouve complétée sur un mode secondaire par une série de stratégies orientées vers la réinsertion, mais qui demeurent marquées par une [32] orientation générale de mise à distance. Ainsi, dans le domaine des relations interpersonnelles, ce sont les amis plutôt que des membres de la famille qui sont mentionnés comme personnes significatives, mêmes si ces amis ne sont pas vus très souvent. Des lieux publics caractérisés

par un certain anonymat occupent une fonction importante comme espaces de réinsertion ; ils sont fortement investis par les patients, à la fois sur le plan des perceptions et sur celui des comportements concrets. Un ensemble de stratégies situées davantage dans l’ordre imaginaire et symbolique paraissent aussi permettre aux personnes, d’une part de donner à leur retrait un sens positif, de l’habiter en quelque sorte, et de l’autre, de se réarticuler sur un champ social et culturel significatif.

On peut donc dire que les mécanismes de réinsertion mis en place par les personnes que nous avons interrogées ne sont pas d’emblée orientés vers une normalisation mais vers la construction d’une position à la fois « dedans » et « dehors » ; il s’agit d’une insertion située « à la frontière » et qui permet de réapproprier progressivement un rapport d’appartenance au monde social et culturel. De manière paradoxale également, le caractère marginal de certains milieux peut parfois faciliter le processus de réinsertion ; l’entourage y semble souvent plus tolérant à la différence et offre davantage de possibilités de construire des « niches » personnelles ou des espaces de différence à l’intérieur du champ social. La question n’est pas ici de savoir dans quelle mesure les modes de réinsertion élaborés par ces patients sont « bons » ou « mauvais ». Il faut par contre avoir conscience du caractère toujours extrêmement fragile de ces stratégies de réinsertion ; des interventions trop assertives ou trop normalisatrices risquent de les détruire sans parvenir à les remplacer réellement, ou de faire disparaître ces aires intérieures de créativité à partir desquelles pourrait se redéployer une réhabilitation ou une réinsertion. D’un autre côté, dire qu’il faut commencer par suspendre le jugement et chercher à définir problèmes et stratégies du point de vue de l’autre, ne signifie pas qu’il ne faille pas intervenir et chercher par exemple à renforcer la dimension réintégrative ou articulatoire de la position ambiguë que nous avons qualifiée de « retrait positif ».

[33]

La question du rapport entre interventions professionnelles et stratégies personnelles et sociales est complexe. Ainsi, dans une étude récente portant sur des patients à haut risque de chronicité, Céline Mercier et ses collaborateurs (Hachey et al., 1992) a observé que le risque de réhospitalisation est positivement lié au taux d’utilisation des services, indépendamment du degré de handicap des patients. Dans l’étude mentionnée plus haut, les patients les plus souvent

réhospitalisés avaient également un univers social dominé significativement par des références psychiatriques, que l'on examine le type d'activités structurant leur espace-temps quotidien, les caractéristiques des membres de leur réseau social ou celles des groupes auxquels ils appartiennent. Même si les résultats de ces deux études peuvent être interprétés de plusieurs manières, on ne peut éliminer à priori la possibilité qu'un encadrement trop intensif des personnes contribue à maintenir celles-ci dans un champ psychiatrique et à fragiliser les stratégies personnelles et sociales qu'elles cherchent à élaborer en dehors de ce champ.

L'évaluation d'interventions dans le domaine de la réadaptation devrait faire appel à des critères permettant de rendre compte de l'impact de l'intervention sur différents aspects de la vie quotidienne des patients, plutôt que se limiter par exemple à mesurer un score d'ajustement social défini de manière uniforme. Cela demande que chercheurs et intervenants possèdent une idée claire des différents domaines potentiellement affectés, directement ou indirectement, par l'intervention et du contexte plus large dans lequel évoluent les personnes.

Une intervention auprès de personnes âgées isolées

Lors d'une étude portant sur les réseaux sociaux et les stratégies d'existence de personnes âgées à Québec et en milieu rural, des projets pilotes d'intervention ont été réalisés avec des intervenants d'orientation communautaire travaillant dans le cadre de différents établissements (Corin, Shérif et Bergeron, 1983). Un de ces projets, réalisé dans le cadre d'un C.L.S.C., a porté sur un programme destiné à des personnes âgées isolées de milieu défavorisé. Dans l'analyse critique qu'ils ont effectuée de cette expérience, les intervenants sont [34] revenus sur les prémisses de leur approche et y ont identifié certains pièges, qui concernent principalement l'identification des problèmes et la façon d'intervenir. Au premier de ces plans, il est apparu que le fait d'adopter une autre approche diagnostique, visant à « clarifier » la situation source de l'intervention, amène souvent à modifier un premier tableau où les personnes étaient caractérisées principalement en terme d'isolement et à identifier des stratégies de

sociabilité implicites parfois sophistiquées mais qui étaient demeurées non perçues des intervenants. Sur le plan de l'intervention, l'équipe était déjà passée elle-même d'un premier stade de pratique caractérisé par l'organisation de groupes auxquels venaient se greffer les personnes âgées du programme, à un deuxième stade de pratique privilégiant une réarticulation des personnes sur les organismes existant dans le milieu. En fait, l'analyse a révélé que ce nouveau modèle demeurait en partie inopérant, en raison d'un décalage entre les modèles de sociabilité proposés et les formes de vie sociale privilégiées par les personnes. De plus, les intervenants ont repéré dans leurs pratiques antérieures certaines formes de surinvestissement professionnel dans quelques dossiers ainsi qu'une sorte d'appropriation des situations, engendrant un risque de perte d'autonomie et de responsabilité pour les personnes concernées.

Le nouveau regard proposé par l'intervention pilote a en fait conduit les praticiens à passer à un troisième mode de pratique où il s'agissait d'épauler les stratégies de sociabilité des personnes et la dynamique de leur réseau social. Dans ce contexte, une nouvelle grille de cueillette de données, plus sensible au déploiement de la sociabilité et des stratégies d'existence au niveau de la vie quotidienne, a servi à la fois d'instrument de clarification de la situation posée au départ, d'outil permettant d'orienter et de personnaliser les interventions, et de grille permettant d'évaluer les modifications réelles apportées par le programme dans la vie des personnes.

On peut donc dire que le recadrage effectué ici à partir d'une perspective de type anthropologique a consisté à identifier la position que les personnes adoptent par rapport à l'isolement et aux relations sociales, et à décrire les stratégies qu'elles peuvent mettre en place dans le champ social et relationnel. Il est intéressant de mentionner [35] ici les conclusions d'une étude de Sokolovski et Cohen (1978) réalisée dans le centre-ville de New York, auprès de personnes âgées vivant dans des maisons de chambre. Les auteurs y mettent en relief le décalage qui peut exister entre les membres du réseau mentionnés comme personnes pouvant offrir un soutien instrumental occasionnel, et qui habitent généralement dans le même complexe résidentiel, et les personnes déclarées significatives et qui tendent à habiter à l'extérieur de ce milieu et à être vues beaucoup plus rarement. Les auteurs interprètent ce décalage comme manifestant une stratégie d'autonomie,

dans un contexte où la protection d'un espace privé est souvent tout ce qui reste à des personnes dépendant de divers programmes d'aide et qui font l'objet de l'attention de nombreux intervenants.

Une décentralisation des services de santé

La nécessité de décentraliser le système des services au niveau régional constitue l'un des points saillants de la nouvelle politique de santé et des services sociaux. Cependant, une lecture attentive des divers documents produits par la Commission Rochon puis par les Comités chargés d'en dégager les implications pour l'action, permet d'identifier un glissement important dans les manières de concevoir la décentralisation. Alors que dans les premiers documents, on parle d'une adaptation aux conditions et aux caractéristiques des communautés locales, il semble que dans les documents ultérieurs, cette adaptation concerne de moins en moins les modèles de pratique et tend à se réduire à l'identification des problèmes dominants. C'est essentiellement l'enquête épidémiologique qui constitue l'instrument-clé proposé aux planificateurs et intervenants en région pour adapter leurs interventions ; lorsque de telles données ne sont pas disponibles, on peut se contenter d'extrapoler des données recueillies ailleurs, en tenant compte des caractéristiques socio-démographiques des populations locales. Sur cette base, on définit des groupes à risque sur lesquels il s'agit de concentrer les activités de prévention et de traitement. Les deux paradoxes potentiellement impliqués par cette approche sont d'une part le risque d'accroître la dépendance et la disqualification des groupes qualifiés de « à risque », et donc de [36] renforcer leur vulnérabilité, et d'autre part, celui de ne pas prendre en compte la tendance des groupes à risque de ne pas utiliser les services mis en place pour eux ou de les « subvertir » à d'autres fins.

Une étude ethnographique menée dans six localités d'Abitibi sur la manière dont des communautés locales perçoivent, interprètent et réagissent à des problèmes de santé mentale a fait ressortir des différences considérables selon les milieux (Corin et al., 1990). Il a déjà été fait allusion ailleurs à la façon dont deux communautés rurales (agro-forestières) réagissent différemment à des problèmes reliés à l'alcoolisme. En fait, des différences analogues sont apparues en

relation à toute la gamme des problèmes investigués ; elles concernent tant les types de problèmes perçus comme les plus préoccupants que la façon d'y réagir et le sentiment qu'ont, ou n'ont pas, les communautés de pouvoir en contrôler les manifestations les plus extrêmes. L'analyse des données recueillies à l'aide de méthodes combinant observations ethnographiques, entrevues avec informateurs-clé, reconstruction d'histoires de cas et analyse de statistiques d'utilisation, a fait ressortir que les différences entre milieux s'organisent autour de quelques thèmes de base qui renvoient eux-mêmes à certaines caractéristiques centrales des cultures locales et à un contexte socio-historique particulier.

Ainsi, dans une des deux communautés agro-forestières citées plus haut, les problèmes d'alcoolisme, relativement bien acceptés, sont caractérisés par leur aspect excessif ; on parle de « brosse » pouvant durer plusieurs mois. Cette connotation particulière d'excès se retrouve aussi dans l'importance que revêtent dans le discours des informateurs des problèmes liés aux conséquences d'accidents graves ou encore des cas de personnes « brûlant la chandelle par les deux bouts ». Les récits relatifs à ces différents types de situations sont aussi caractérisés par la mention de ruptures radicales dans les trajectoires de vie des personnes et par la soudaineté de l'occurrence des problèmes. Ces différents traits ont été commentés en référence, d'une part, à la précarité des conditions de vie, dans un milieu où le travail est contrôlé par de grandes compagnies aux exigences insatiables, et de l'autre, à une valorisation de l'excès comme mode de vie. Dans ces différents cas, le milieu paraît réagir par des stratégies [37] de cohésion et de soutien qui contrastent avec l'image de détérioration sociale qui prévaut à l'extérieur vis-à-vis d'une localité où une partie importante des gens touchent des allocations de bien-être social. Par contre, dans ce même milieu, on cite beaucoup moins qu'ailleurs de cas de dépression et de personnes isolées, même si un certain nombre d'indices permettent de penser que de tels cas existent également. On peut faire l'hypothèse que ces cas vont trop à l'encontre de l'image que la communauté s'est construite d'elle-même et de ses stratégies de survie ; ils sont dès lors difficiles à repérer ou à admettre et le milieu paraît se trouver extrêmement démuné face à ce type de problèmes. On mentionne par contre ici de nombreux cas de suicide. Sur le plan de l'intervention, les informateurs-clés interrogés ont manifesté une grande réticence face à toute aide

extérieure en provenance de professionnels. On retrouve une attitude similaire dans une des communautés minières investiguées, où les conditions de vie sont également extrêmement précaires. On a l'impression que dans les deux cas, la méfiance exprimée est à la mesure de la fragilité des situations et qu'il faudrait dès lors être extrêmement-prudents avant d'intervenir.

Dans l'autre communauté agro-forestière beaucoup plus intégrée socialement, les réactions de rejet face à des problèmes d'alcoolisme se retrouvent également face aux personnes qui endommagent la propriété, ou aux gens qui se négligent ou agissent de manière incohérente. Des cas de personnes manifestant des tendances dépressives ont été mentionnés à plusieurs reprises et concernent principalement des femmes âgées ayant perdu leur mari et, à travers lui, leur insertion dans un univers normatif où les rôles des hommes et des femmes sont étroitement définis, particulièrement pour les femmes. Il est intéressant de voir que ces veuves âgées, qui semblent entourées d'un réseau étoffé de relations sociales, sont aussi celles qui consultent le plus les services de santé mentale ; par contre les vieux garçons, dont ont dit aussi qu'ils sont dépressifs, semblent isolés à la fois socialement et dans leur rapport aux ressources formelles. Dans ce milieu, les réactions se répartissent en deux grandes catégories : elles peuvent aller dans le sens d'une dédramatisation et d'un soutien « non-intrusif », complété par l'action de groupes charitables, lorsque [38] les personnes affectées appartiennent à des familles bien intégrées ; elles peuvent aussi s'orienter vers l'exagération, le rejet, la stigmatisation et le recours à des ressources professionnelles, lorsqu'il s'agit de familles marginales.

Dans une communauté forestière en pleine expansion, ce sont les hommes qui paraissent les plus vulnérables aux changements récents et supportent notamment très mal la redéfinition des rapports dans le couple ; les nombreux cas de suicide rapportés ici concernent tous des hommes. De manière plus générale, la majorité des problèmes rapportés sont interprétés comme étant de nature réactionnelle, et sont souvent référés à des événements concernant la scène familiale ou qui mettent en cause des rôles sociaux bien définis. Les récits évoquent la convergence entre deux facteurs de fragilité se renforçant l'un l'autre, le premier tenant au glissement progressif des références traditionnelles dans une société en pleine transformation, et le second, à une

vulnérabilité individuelle inscrite dans la personne elle-même et dans son histoire. Les chutes individuelles sont également spectaculaires et se traduisent par de la violence, surtout sur la scène familiale, ou par des comportements de retrait ou de marginalité extrême. Dans ce milieu dynamique, ressources professionnelles et systèmes de soutien informels comprenant famille, amis et collègues occupent une place importante, travaillant en étroite collaboration.

Il paraît évident dans ce contexte, que parler de décentralisation des services de santé mentale implique la nécessité d'identifier et de comprendre ce que nous avons appelé les « systèmes de signes, de sens et d'action » dans le domaine de la santé mentale ; il s'agit d'élaborer des stratégies d'intervention qui en tiennent compte, capitalisent sur les dynamiques présentes dans le milieu et les complètent lorsque nécessaire. En ce qui concerne la description des problèmes, il paraît important d'examiner les frontières qu'un milieu particulier établit entre ce qui est considéré comme un problème justifiant une intervention et ce qui demeure dans l'ordre des comportements relativement admis ; entre les situations ou problèmes par rapport auxquels le milieu se sent une certaine compétence ou est capable de mobiliser différents types de soutien, et ceux qui demeurent non perçus ou sans réponse, pour une raison ou une autre ; entre [39] les problèmes dont les manifestations prolongent en quelque sorte les valeurs centrales du groupe, ou en constituent l'exagération, et ceux qui constituent l'envers de ces valeurs ou leur opposé. Il s'agit aussi d'examiner comment la situation des personnes atteintes modifie les perceptions et réactions qui les concernent. De plus, s'il est vrai qu'au moins dans certains milieux les services paraissent rejoindre surtout ceux qui sont déjà au départ les mieux insérés dans un tissu relationnel, il est important de s'intéresser aux personnes qui ne consultent pas, autant qu'à celles qui consultent. Enfin, il faut être attentifs aux faits qu'une absence de demande d'aide peut faire partie d'une stratégie d'autonomie et de cohésion dans le cas de milieux aux conditions extrêmement précaires et dès lors particulièrement vulnérables et dépendants de l'extérieur.

Dans ce contexte, l'évaluation de l'impact de programmes et de services devrait identifier quelle est la place que des services professionnels occupent dans les stratégies déjà en place ; elle devrait notamment examiner dans quelle mesure les services rejoignent les

personnes déjà les mieux intégrées, ou peuvent contribuer à stigmatiser davantage des familles marginalisées. Il s'agit aussi de pouvoir repérer la place que les différentes catégories de problèmes occupent ou non dans les discours locaux, de pouvoir en tenir compte dans la modulation des interventions et de mesurer les résultats bénéfiques ou les effets pervers produits ici par l'intervention.

Retour sur la notion de modèle

Les trois domaines examinés illustrent la nécessité d'adopter une perspective où les phénomènes analysés sont d'une part recadrés en fonction des perceptions et attentes des acteurs impliqués, et de l'autre resitués sur l'arrière fond de la trame sociale, culturelle et socio-historique dont ils font partie. Dans ce contexte, l'adoption d'une perspective d'orientation anthropologique sous-tend un processus de décentration qui s'accompagne de la suspension temporaire du jugement concernant tant la nature ou l'importance des problèmes, que les dimensions de la situation requérant une intervention ou que les types de services ou de programmes les plus appropriés. On ne peut donc viser à construire une grille d'intervention standardisée qui [40] s'appliquerait dans tous les cas. Il est par contre possible et souhaitable d'élaborer un canevas des dimensions importantes à observer, des stratégies de contact et de collaboration à mettre en place, ainsi que des instruments pouvant servir à la description ou à la « clarification » des problèmes, à l'orientation des pratiques et à l'évaluation de leur impact et des résultats produits. Le défi posé alors à la recherche évaluative serait de définir chaque fois les objectifs à atteindre sur la base d'une connaissance plus extensive de la situation et des problèmes, d'identifier les critères qui leur correspondent, ainsi que les indices permettant de les documenter.

L'évaluation, un champ en questionnement

La perspective proposée ici amène à élargir à la fois la notion de résultat et celle de processus. La notion de résultat doit être doublement pondérée, à partir d'une connaissance plus précise des caractéristiques et dimensions des problèmes objets d'intervention et à partir de l'identification du rôle des services dans un ensemble plus vaste de stratégies. Les grilles d'intervention disponibles ne captent souvent qu'une partie de cette réalité et il faut élaborer des démarches évaluatives recourant simultanément à plusieurs types de méthodes où données quantitatives et qualitatives se complètent et s'éclairent mutuellement.

Dans le domaine de l'évaluation du processus également, il me semble utile d'élargir les modèles évaluatifs en considérant non seulement la façon dont la mise en place et le déroulement des interventions correspondent au modèle fixé au départ, mais également le degré d'acceptabilité des programmes proposés, leur niveau de congruence avec les dynamiques sociales et culturelles locales et ce qu'ils permettent de mobiliser ou risquent de détruire des stratégies existantes.

On peut dire qu'il s'agit de mettre l'accent sur la diversité, de mettre au point des outils et méthodes permettant de la décrire et de la comprendre, et d'en faire un moteur pour l'action.

Sur le plan conceptuel, il faut disposer de schèmes de représentations qui orientent le regard vers ce qui est normalement considéré comme « hors champ », c'est à dire vers les perceptions, interprétations, [41] et réactions et vers les éléments de contexte pertinents. Sur le plan méthodologique, il faut pouvoir utiliser conjointement de multiples méthodologies permettant d'élargir le champ de données et indicateurs considérés et donnant accès à des variables d'ordre collectif aussi bien qu'individuel, à ce qui est de l'ordre des effets non prévus aussi bien que des résultats visés et attendus, à ce qui concerne les stratégies autant que les problèmes. Sur le plan éthique, il faut que la démarche et les méthodes et instruments puissent contribuer à interpeller le système et pas seulement le confirmer dans ses modes de représentation et d'action.

Il faut cependant réaliser que cette perspective va à l'encontre de la tendance générale à l'uniformisation et à la standardisation, qui tient souvent lieu de critère de la qualité d'une démarche scientifique, aux dépens de toute considération de validité.

Conclusion

Précisant dans leur argument préliminaire les enjeux associées à l'évaluation sociale, les organisateurs du colloque avaient ouvert deux pistes principales de réflexion concernant l'une les enjeux sociaux de l'évaluation et l'autre, le « social » comme source de connaissance. J'ai essayé de montrer que les deux thèmes se rejoignent directement, au niveau d'une réflexion sur ce que j'ai appelé les enjeux éthiques de l'évaluation au Québec.

La discussion de l'apport des sciences sociales à l'évaluation a fait ressortir l'existence d'un certain nombre de polarités qui traversent le champ de l'évaluation. Leur examen rapide permettra, en guise de conclusion, d'indiquer la manière dont les réflexions qui précèdent se situent dans le cadre des débats qui ont animé le colloque.

Certaines de ces polarités ont été dénoncées comme dangereuses ou sont apparues comme de fausses polarités, ou encore comme des oppositions qui piègent la pensée et l'empêchent de progresser. La principale d'entre elles concerne le contraste entre recherche appliquée et recherche théorique, ou encore entre la recherche effectuée dans les établissements ou organismes de gestion et celle qui prend place dans les universités. Au-delà de ces oppositions, la question qui [42] me paraît devoir être posée est moins celle de la recherche appliquée que celle de la fonction de la pratique dans la construction de la connaissance. Cette fonction ne peut cependant devenir opérante qu'à travers un mouvement de reprise, de synthèse, de dialectisation de ce qui ressort de la pratique et des connaissances existantes.

S'il y a dichotomie, c'est davantage au niveau de l'usage qui est fait des connaissances acquises, mais la division entre milieux universitaire et de pratique s'avère souvent ici moins claire que prévu. Il faut ainsi remarquer que les universités se trouvent autant piégées que les milieux de pratique dans leur effort pour théoriser les résultats d'une recherche,

en raison des nombreuses contraintes qui y poussent les chercheurs à une production quantitative ou répondant à des critères académiques précis. D'un autre côté, la recherche effectuée dans les établissements n'est pas nécessairement plus en contact avec la réalité et doit composer avec les exigences associées à une logique gestionnaire. On peut dire que quel que soit son lieu d'ancrage ou son objet, le signe d'une bonne recherche tient à la capacité de problématiser ses questions de recherche, que ce soit à partir d'un éclairage disciplinaire, de l'insertion dans une pratique ou d'une position éthique. Enfin, un souci de théorisation doit traverser l'ensemble des étapes de la recherche : la définition des questions et méthodes de recherche, les méthodes d'analyse, l'interprétation des résultats et les conclusions qui leur sont liées.

D'autres oppositions sont apparues davantage comme des polarités utiles, qui portent les questions de recherche et permettent de progresser dans la réflexion. J'en retiens principalement quatre :

1. Le choix d'un certain type de regard sur l'objet et des méthodes correspondantes découle-t-il des caractéristiques de l'objet ou de la discipline ? on pourrait ajouter, ou d'une position épistémologique ou éthique par rapport à l'objet de connaissance ? Les discussions ont fait ressortir l'importance de permettre un rapport dialectique entre des connaissances portées par une discipline particulière et l'objet de connaissance. Le corpus de connaissances dont on dispose et la perspective que l'on adopte amènent en effet à interroger d'une certaine façon l'objet et à en mettre à jour certains aspects qui pourraient demeurer cachés ou obscurs [43] à d'autres approches ; d'un autre côté, l'objet, par sa résistance aux pré-connaissances qui le concernent, devrait également pouvoir interpellier le système de connaissances utilisé et en révéler les limites. Dans ce contexte, il paraît important de diversifier les points de vue sur l'objet et de conjuguer différents types de problématisations, portées par des disciplines diverses.
2. Faut-il privilégier une connaissance à portée générale ou particulière ? Les discussions ont porté ici sur le nécessaire va-et-vient entre proximité et distance face à la concrétude de

l'objet, mouvement qui apparaît aussi important sur le plan de ses enjeux que celui qui concerne une « triangulation » entre méthodes quantitatives et qualitatives. Cette question générale rejoint aussi celle de la portée de la variation et de la diversité face à la construction des connaissances.

3. Faut-il concevoir l'évaluation comme une méthode ou comme un objet de connaissance en soi ? Une réflexion critique sur la construction du savoir tendrait à favoriser le deuxième terme de l'alternative. Cependant, il est important d'éviter le risque d'un repli narcissique sur son propre mouvement de production de la connaissance, aux dépens du rapport à l'objet comme tel. C'est là une impasse dans laquelle se sont engagés par exemple plusieurs chercheurs se réclamant de l'anthropologie critique. Insistant sur l'impossibilité d'une connaissance absolue du point de vue de l'autre et sur le caractère partiel et partial de toute reconstruction d'une culture autre que la sienne, ils en sont venus à tourner l'essentiel de leurs efforts vers l'analyse de la production du texte anthropologique lui-même et vers l'élucidation des réactions personnelles de l'anthropologue face à la réalité de l'autre.
4. L'évaluation doit-elle être perçue comme venant légitimer un système ou comme permettant d'introduire une perspective différente sur le système, d'y ouvrir des espaces non attendus ? Ce qui est en jeu ici concerne la fonction potentiellement subversive de l'évaluation, ainsi que les avantages et les limites d'une adhésion aux positions collectives défendues par les populations ou communautés étudiées. Deux points de vue sont ressortis des discussions : l'un favorisant la participation des chercheurs à des [44] mouvements d'*advocacy* et à la défense des intérêts collectifs des populations concernées ; l'autre prônant davantage la mise en œuvre d'une approche méthodologique et conceptuelle permettant de faire ressortir la logique qui organise la vision du monde des populations, qu'elle se situe ou non dans le domaine du conscient. Cette dernière perspective oblige à poser la question du rapport entre le « sens commun » des populations et le savoir du chercheur, et plus particulièrement de l'anthropologue. Si les deux ne coïncident pas, et que le premier ne peut dès lors servir à lui seul de critère à la validation du

second, il est nécessaire de se donner des balises méthodologiques précises garantissant la validité de la démarche d'analyse et celle des conclusions dégagées.

Enfin, quelques problèmes sont restés en suspend, comme la question de la neutralité de l'évaluation et celle du passage d'une base de données, toujours déjà orientée par certains choix épistémologiques, à une base de connaissances théoriquement construites.

[45]

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Beiser, M., Shore, J.H., Peters, R. et E. Tatum, (1985) « Does community care for the mentally ill makes a difference ? A tale of two cities ». *American Journal of Psychiatry*, 142(9) : 1047-1052.

COCHRANE, A.L. (1977) *L'inflation médicale : réflexions sur l'efficacité de la médecine*. Paris : Galilée.

CORIN, E. (1990) « Facts and Meaning in Psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenies ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 153-188.

Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.-C. et R. Laplante, (1990) *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.

CORIN, E. et G. Lauzon, (1988) « Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion ». *Santé Mentale au Québec*, 13(1) : 69-86.

Corin, E., Shérif, T. et L. BERGERON, (1983) *Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées*. Projet de démonstration. Volume II. Québec : Faculté des sciences sociales, Université Laval. Typescript, 156 p. plus annexe.

Hachey, R., Mercier, C. et N. Peladeau, (1992) « The impact of rehabilitation services on the quality of life of chronic mental patients ». *Occupational Therapy in Mental Health*, 12(2).

SOKOLOVSKI, J. et C. COHEN, (1978) « The cultural meaning of Personal networks for the inner-city elderly ». *Urban Anthropology*, 7(4) : 323-342.

[46]