

Les enjeux éthiques de l'intervention professionnelle dans les situations familiales de « maltraitance »¹

Pierre-Paul PARENT,
André MINEAU,
Céline PELLETIER
et Jean-Yves THÉRIAULT
*Groupe de recherche Éthos,
Université du Québec à Rimouski*

Dans cet article, nous ferons part d'une recherche en cours axée sur les enjeux éthiques de l'intervention professionnelle dans les situations familiales de « maltraitance ». Au cœur de cette activité, des conflits de valeurs sont vécus quotidiennement, suscitant des enjeux éthiques peu connus et très peu étudiés jusqu'à maintenant. La recherche que nous avons entreprise a pour objectif d'explorer les principaux conflits de valeurs que vivent ceux qui interviennent auprès de ces familles, de déterminer leur dynamique morale et de formuler les enjeux éthiques que ces pratiques soulèvent. La présentation de notre problématique de recherche constituera la première partie de ce texte. Une seconde partie sera consacrée à des réflexions d'ordre éthique à partir de différents angles et selon diverses approches spécifiques. Enfin, nous introduirons quelques pistes de réflexion pour la poursuite de cette recherche.

1. Le projet de recherche dont nous présentons ici les premiers résultats a été rendu possible grâce à une subvention de la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski. Une autre collègue, madame Monique Dumais, participe elle aussi à ce projet de recherche.

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Le phénomène de la « maltraitance² » est encore assez peu connu, malgré les développements récents de la recherche en ce domaine. La définition même de ce mot présente certaines ambiguïtés, dont la difficulté de distinguer cliniquement les cas de violence de ceux de négligence parentale ; de même, les questions d'évaluation et de traitement de la « maltraitance » posent problème. Malgré ces lacunes, nous percevons cependant déjà tout un questionnement éthique propre à ce secteur d'intervention. En effet, comme l'affirment plusieurs auteurs (Chamberland³, Gérard⁴, Pine⁵), ce territoire étant très peu exploré, la morale des intervenants influe sur les interventions : « Les interventions [...] comportent à tout moment des risques, par excès ou par défaut, et appellent une réflexion constante à partir des réalités cliniques observées. Les conflits de valeurs sont nombreux et aucun repère n'a de caractère absolu, [...] »⁶ Tout en reconnaissant l'urgence de procéder à la définition du problème des situations familiales de « maltraitance » et de développer de meilleurs outils d'évaluation des cas signalés, c'est sous l'angle **des problèmes reliés aux conflits de valeurs vécus par les intervenants dans leurs pratiques** que nous abordons la problématique de l'intervention auprès de ces familles. En introduisant une telle problématique de recherche, nous avons présentes à l'esprit les questions suivantes : Quelles étaient les motivations d'ordre moral ou éthique des interventions de type professionnel auprès de ces familles ? Et, plus encore, comment ces motivations venaient interférer avec celles des familles concernées ?

En entreprenant cette recherche, nous avons formulé l'**hypothèse** selon laquelle, devant l'absence de repères guidant leur pratique auprès des familles maltraitantes, les intervenants feraient appel à leurs propres valeurs et tenteraient de les leur proposer, ce qui met en cause des enjeux éthiques importants, dont celui de la responsabilisation de ces familles.

2. L. ÉTHIER, E. PALACIO-QUINTIN et C. JOURDAN-IONESCU (1992), « À propos du concept de maltraitance : abus et négligence, deux entités distinctes ? », *Santé mentale au Canada*, juin, p. 14, note 1 : Le vocable « maltraitance » n'existe pas dans le répertoire des dictionnaires usuels. L'expression a été adoptée dans les ouvrages scientifiques et dans le langage courant pour désigner le phénomène relatif aux mauvais traitements envers les enfants, qu'il s'agisse de négligence ou de violence parentales.
3. C. CHAMBERLAND (1987), « Famille, valeurs et société », *Service social*, vol. 36, n° 2-3, pp. 274-283.
4. M. GÉRARD (1989), « Entre carence et empiètement ? Repères éthiques et déontologiques des interventions. S.O.S. Enfants », *L'enfant*, n° 4-5, pp. 38-42.
5. B.A. PINE (1987), « Strategies for more Ethical Decision Making in Child Welfare », *Child Welfare*, vol. LXVI, n° 4, août.
6. M. GÉRARD (1989), *Ibidem*, p. 40.

Cette hypothèse a orienté notre **objectif général de recherche** : définir les **principaux enjeux éthiques** de l'intervention professionnelle en situation familiale de « maltraitance », afin d'éclairer la dimension déontologique qu'elle comporte. Pour y parvenir, nous devons tout d'abord inventorier les perceptions des intervenants quant aux conflits de valeurs vécus dans leurs pratiques auprès des familles « maltraitantes », puis les analyser pour en faire ressortir la dynamique morale. Ainsi, nous pensions pouvoir formuler les enjeux éthiques propres à l'intervention auprès de ces familles. La principale retombée de ce projet de recherche consistera en la production d'un guide déontologique permettant d'éclairer et de faciliter les pratiques des intervenants en matière de « maltraitance » familiale.

Avant d'aller plus loin, il convient de définir ce que nous entendons par **enjeux éthiques** des interventions professionnelles. Cette notion renvoie au **jeu des relations** se manifestant progressivement, dans tout discours à visée morale, entre les **valeurs** ou ce qui est perçu comme désirable, le **principe** qui les légitime, les **normes** qui auront pour visée de les traduire dans la conduite humaine, et enfin les **pratiques** qui feront justement l'objet d'une « évaluation » morale ou d'un jugement moral. Dans le cadre des interventions auprès des familles vivant des situations de « maltraitance », ce **jeu des relations** apparaît par exemple lorsque les professionnels tendent à appliquer des lois, normes ou règles à des pratiques d'ordre professionnel ; il est aussi présent dans la démarche visant à articuler un certain nombre de valeurs à ces normes ou à ces règles qu'elles inspirent ; on le retrouve enfin dans la référence de ces valeurs à des conceptions de la personne, de la famille, de l'acte professionnel, de l'organisation dans laquelle on travaille et de la société. Ces conceptions viennent donner une signification particulière aux interventions professionnelles.

Parlons maintenant brièvement de la **méthodologie** utilisée pour la réalisation de cette recherche. Nous nous sommes adressés aux intervenants des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et à ceux des centres locaux de services communautaires (CLSC) des régions du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord. Dans le but de réaliser un inventaire exhaustif des perceptions des intervenants quant aux conflits de valeurs vécus dans leurs pratiques auprès des familles « maltraitantes », nous avons procédé dans un premier temps à la conception d'un questionnaire d'enquête à leur intention. Ce questionnaire a été structuré en vue d'aller chercher les éléments permettant de cerner la dynamique morale à partir des réponses des intervenants. Construit pour être analysé ensuite avec la grille d'analyse éthicologique, ce questionnaire portait sur les principaux

éléments susceptibles d'introduire les conflits de valeurs vécus dans leurs interventions : leurs conceptions de la famille versus celles de la famille maltraitante, les valeurs qu'ils entendent promouvoir, le contexte de leurs pratiques, etc.

Notre questionnaire s'adressait aux criminologues, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, agents de relations humaines, techniciens en assistance sociale et animateurs de groupes intervenant auprès de familles vivant des situations de « maltraitance ». Nous avons pour objectif de rejoindre l'ensemble des intervenants des régions 01, 09 et 11 (Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine). Ce questionnaire a d'abord été envoyé à une dizaine de ces professionnels pour qu'ils les valident. Puis, pour la distribution de notre questionnaire, nous avons communiqué avec les CLSC, CPEJ et autres institutions des trois régions régionales concernées, où se trouvaient des personnes susceptibles d'intervenir auprès des familles. Nous avons voulu rejoindre l'ensemble des intervenants pour les raisons suivantes : ce questionnaire était rempli sur une base volontaire ; de plus, nous savions que les intervenants sont très pris par leur tâche de travail et que le fait de remplir ce questionnaire demanderait un temps important (plusieurs questions posées exigeant des commentaires). Grâce à la collaboration des régions régionales, nous avons pu atteindre plus de 250 personnes, dont 67 ont répondu à notre questionnaire.

Voyons brièvement le profil de ces intervenants : 20 sont des hommes, 47 sont des femmes. Leur moyenne d'âge est de 37 ans. La répartition professionnelle se définit comme suit : 19 agents de relations humaines, trois criminologues, 16 infirmiers, sept psychologues, 18 travailleurs sociaux, un spécialiste en animation de groupe, sept techniciens en assistance sociale. Si 20 parmi eux travaillent depuis moins de cinq ans auprès de familles vivant des situations de « maltraitance », 23 le font depuis plus de cinq ans, 10 depuis plus de 10 ans, et enfin, 16 depuis plus de 15 ans. Ils ont donc en général une expérience assez longue de l'intervention auprès de ces familles. Presque la moitié des personnes qui ont répondu consacrent au moins la moitié de leur temps à l'intervention auprès de ces familles. Enfin, les milieux d'intervention se répartissent de la façon suivante : 14 interviennent dans des agglomérations de moins de 2000 personnes, 10 dans des milieux inférieurs à 5000 habitants, 19 dans des villes de 5000 à 15 000 habitants, et 26 travaillent dans des villes de plus de 15 000 habitants.

Nous en sommes à la première étape de notre recherche. Le temps nous a manqué pour faire complètement l'analyse des questionnaires remplis. Un premier regard porté sur les réponses nous permet déjà de constater qu'il s'agit là d'une documentation tout à fait pertinente qui aura

besoin d'une analyse approfondie. Pour rédiger cet article, nous nous sommes inspirés des premières données extraites de la lecture d'un certain nombre de questionnaires complétés. Malgré cette analyse aux horizons limités, nous entrevoyons cependant une information très intéressante que nous entendons continuer d'approfondir grâce à la méthode éthicologique et aux analyses spécifiques des chercheurs.

L'analyse éthicologique permettra d'extraire la dynamique morale propre à l'intervention auprès des familles « maltraitantes », puis de formuler les principaux enjeux éthiques auxquels les intervenants sont confrontés dans leur pratique. Des analyses spécifiques, dont nous rendons partiellement compte, auront pour fonction de **préciser** davantage certains éléments de la dynamique morale et de mieux **dégager** les enjeux éthiques de l'intervention dans ces situations familiales de « maltraitance ». Enfin, dans une perspective interdisciplinaire, nous mettrons en commun les résultats de ces approches spécifiques complétant les données obtenues à partir de l'approche éthicologique, afin de dégager, de préciser et de formuler les principaux enjeux éthiques présents dans l'intervention professionnelle en situation familiale de « maltraitance ». Au terme de ces analyses, nous aurons en main les outils de compréhension nécessaires à la rédaction d'un guide déontologique axé sur les interventions auprès des familles vivant des situations de « maltraitance ».

L'ensemble du projet et la démarche méthodologique étant exposés, nous présenterons maintenant les analyses spécifiques. Dans un premier temps, nous conceptualiserons le phénomène de la violence tel qu'il est perçu par les intervenants interrogés. Puis, nous tenterons d'expliquer la place particulière tenue par le personnel infirmier au sein de l'équipe et sa contribution essentielle dans le plan d'intervention auprès de ces familles. Nous ferons également ressortir les principaux dilemmes éthiques vécus par les intervenants infirmiers dans leur pratique quotidienne. Adoptant une approche sémiotique, nous préciserons la répartition et l'organisation du savoir, du pouvoir et du devoir chez les divers acteurs concernés par les interventions auprès des familles vivant des situations de « maltraitance ». Enfin, nous montrerons que ces interventions nous poussent à nous questionner sur l'enjeu éthique de la reconnaissance de l'altérité : faisant l'hypothèse d'une difficulté chez les intervenants à reconnaître la différence inscrite dans le phénomène de la « maltraitance » familiale, nous privilégierons une réflexion de type psychanalytique qui nous permettra de voir en quoi, devant une altérité hors norme, ils se voient obligés de remettre en question ou du moins de s'interroger sur leur propre rapport à la loi.

LA VIOLENCE COMME ANTI-VALEUR

La violence physique est quelque chose de concret et d'objectif, qu'on peut parvenir à définir d'une manière satisfaisante, et cela sans se donner trop de peine. Les intervenants interrogés dans notre étude sont confrontés quotidiennement à des situations où elle n'est que trop évidente, et d'autant plus horrible qu'elle a habituellement pour victimes des personnes incapables de se défendre. Ce contexte fournit une partie des données à partir desquelles les intervenants se construisent une vision théorique de la violence, vision qu'il convient d'analyser brièvement.

Tout d'abord, il ressort assez clairement de notre étude que la violence, pour tous les intervenants concernés, constitue une anti-valeur. Et c'est justement parce qu'une telle affirmation peut nous sembler, à nous, un truisme qu'elle est lourde de sens, si on la situe dans une perspective historique. On a affaire en effet à une attitude historiquement nouvelle : alors que les générations du passé auraient considéré la violence comme un fait normal et banal de la vie familiale, ou à tout le moins comme une réponse comportementale moralement justifiée dans certaines circonstances (en réaction à une offense, comme prérogative de l'autorité, etc.), aucun des intervenants interrogés ne justifie rien, pour aucune considération, qui pourrait s'en rapprocher. Cette attitude est devenue dominante au point où, justement, elle paraît aller de soi, même pour les « maltraitants », ainsi qu'en témoigne le soin qu'ils mettent à essayer de cacher les situations de violence, ce qui montre sinon qu'ils se sentent coupables, du moins qu'ils se savent en marge. C'est cette attitude historiquement nouvelle qui fait littéralement **apparaître** la violence familiale, qui rend possible qu'elle soit construite en tant que problème, c'est-à-dire en tant qu'anti-valeur.

Par ailleurs, on remarque que de nombreux intervenants s'appuient sur une définition potentiellement extensible et de fait étendue de la violence, incluant la violence verbale, la dévalorisation de l'autre, etc. Plusieurs parlent de violence subtile, psychologique, présente dans les mots, les attitudes, dans l'incapacité même d'être responsable. L'une écrit par exemple qu'« il y a plusieurs facettes à la violence... crier, frapper, injurier, ignorer ». Un autre voit de la violence dans la « déresponsabilisation », dans l'« inaction », dans l'« abandon ». Le champ de la violence s'étend alors considérablement, incluant aussi bien les actions que les omissions, les gestes destructeurs délibérément posés que les situations préjudiciables à la croissance du moi de l'un ou de l'autre. C'est ici que se trouve l'enjeu véritable qui se profile derrière le sens que les intervenants interrogés donnent à la violence. Car celle-ci s'est révélée comme anti-valeur à partir du moment où, vers la fin du XVIII^e siècle, est apparue une sensibilité nouvelle, gardienne de l'émergence et de la consolidation

également nouvelles d'un moi réclamant à la fois le bonheur, l'épanouissement et l'indépendance. Étant donné que la violence constitue la négation en acte de ce moi en tant que moi, qui concentre sur lui-même la valeur, elle tend donc à s'étendre d'abord aux préjudices psychologiques et de là, par la logique même du processus de la pensée qui la pense, à toute situation dans laquelle des relations humaines non optimales menaceraient de diminuer le moi. Dans le cas qui nous occupe ici, plusieurs intervenants ne sont pas loin d'une telle perspective, alors que leur concept étendu de violence risque d'inclure en fait toute tension, tout conflit dans la famille.

Le fait que la violence soit perçue comme une anti-valeur tout en étant définie de façon large a pour effet de radicaliser le contenu des valeurs prônées par les intervenants et de creuser par conséquent l'écart entre celles-ci et la réalité des familles maltraitantes. Les valeurs que les intervenants voudraient voir s'appliquer constituent l'antithèse de la violence définie au sens large et l'envers même de la réalité vécue par leurs clientes et clients. Elles s'articulent principalement autour de la notion de **respect**, le contraire par excellence de la violence, qui revient dans 57 réponses sur 67 : respect de soi et des autres, respect des différences, acceptation de l'autre et ouverture d'esprit. Elles incluent également l'amour, le partage, l'honnêteté, la disponibilité, la responsabilité, l'épanouissement personnel, l'harmonie, le don de soi, etc. L'écart entre pareille constellation de valeurs et la réalité des familles maltraitantes est d'ailleurs perçu et ressenti clairement par 58 intervenants. Ceux-ci déplorent en particulier le fait qu'on considère normal, au sein des familles en question, d'employer la violence pour régler des problèmes. Et le commentaire suivant d'un intervenant résume assez bien la teneur de l'écart : « Souvent je constate une certaine passivité par rapport à la violence que les gens vivent et j'ai de la difficulté à accepter cela. »

Les valeurs prônées par les intervenants se rapportent à une famille idéale, dans laquelle la maturité et le sens moral de chacun et chacune élimineraient tout conflit sérieux. Elles définissent des relations familiales optimales, en deçà desquelles commence une zone grise, une zone où apparaissent les tensions, les heurts, l'agressivité, la violence « subtile », une zone de risque précédant l'éclatement de la sauvagerie. Quarante intervenants ont employé l'expression « famille à risque ». À risque de quoi, demandait-on ? À risque de ne pas pouvoir être la famille idéale des années 1990, la famille aseptisée dans laquelle tout le monde performe sur tous les plans et dans la bonne humeur. À risque de ne pas pouvoir vivre les valeurs dominantes. À risque de ne pas avoir les moyens de l'excellence morale.

LES DILEMMES ÉTHIQUES DES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES DANS LES SITUATIONS FAMILIALES DE « MALTRAITANCE »

Les dilemmes éthiques des interventions infirmières dans les situations familiales de « maltraitance » sont très peu connus puisqu'ils ont été très peu étudiés jusqu'à maintenant. Or les professionnels en soins infirmiers vivent souvent des conflits de valeurs sous lesquels se profilent de tels dilemmes. En tant que membres de l'équipe multidisciplinaire, les infirmières et infirmiers sont des acteurs essentiels dans les interventions auprès de ces familles.

À partir d'une situation clinique, nous dégagerons certaines valeurs sous-jacentes à la pratique infirmière dans son intervention auprès de ces familles. Nous définirons par la suite les problèmes reliés aux conflits de valeur vécus par les intervenants infirmiers dans leurs pratiques. Cette démarche nous permettra de circonscrire les dilemmes éthiques présents dans les interventions infirmières auprès des familles vivant des situations de « maltraitance ». L'enjeu de la responsabilité professionnelle ressort comme un des éléments très importants à explorer.

Pour concrétiser ce bref exposé, nous avons choisi de partir d'une situation clinique relatée par les infirmiers qui nous permettra de mieux comprendre le vécu de ces professionnels dans les situations familiales de « maltraitance ».

L'infirmière X doit assurer un suivi auprès d'une famille nucléaire de trois enfants dont l'aîné de trois ans présente un retard de langage. Il ne parle que par sons et gestes. Le deuxième est âgé de deux ans et le dernier de trois mois.

Un manque d'hygiène est évident dans la famille. Le père est mal rasé, la mère a les cheveux huileux et les dents cariées. Les enfants ont des otites amenant des hospitalisations à répétition. Ils ont toujours le nez morveux. Ils ne sortent que très peu dehors. Le poêle est graisseux, la laveuse rouillée déborde. Il n'y a pas de rideaux, les sacs de poubelle sont éparpillés dans la maison.

Par contre, la famille possède une grosse télévision ouverte à longueur de journée ainsi qu'un jeu Nintendo. Comme elle se tannait facilement des intervenants et intervenantes, elle s'est procuré un téléphone avec afficheur (maestro). Elle fait appel à nous quand elle sent que la DPJ enquête à son sujet.

Cet exemple nous permet d'illustrer que chaque famille dispose d'un système de valeurs unique qui correspond à ses besoins et à ses préférences. Tout professionnel infirmier qui entre en relation avec une famille détient lui aussi un système de valeurs personnelles et professionnelles. Un dilemme d'ordre éthique survient lorsque les valeurs du personnel infirmier entrent en conflit avec celles des familles dont il s'occupe. Comme

le rapporte Cécile Lambert, le dictionnaire Robert définit le dilemme éthique comme une « alternative contenant deux propositions contraires ou contradictoires et entre lesquelles on est mis en demeure de choisir⁷ ».

Auparavant, les infirmières et infirmiers ne jouaient pas un rôle aussi élargi dans le suivi des familles vivant des situations de « maltraitance ». Ils en assumaient le dépistage mais, très tôt, les familles étaient dirigées vers les travailleurs sociaux. Actuellement, en plus du dépistage prévu, ils doivent assurer le suivi des interventions auprès de ces familles. Leur rôle est d'aider la famille à clarifier ses valeurs, à refaire son ordre de priorité, à réduire les conflits et à adopter une attitude cohérente entre ses valeurs et ses comportements.

Le personnel infirmier se voit alors confronté à un alourdissement des responsabilités puisque le champ de son exercice professionnel s'est passablement agrandi. On parle de plus en plus de responsabilités partagées dans le sens que le professionnel infirmier est soumis à un questionnement face à lui-même, à la clientèle, aux autres professionnels, à l'État et à la société en général. Il est donc évident que des conflits de valeurs et des dilemmes éthiques vont surgir à l'un ou l'autre de ces plans. Des questions comme « Quelles attitudes devrais-je adopter ? » ou « Quels gestes devrais-je poser dans telle ou telle situation » hantent alors son esprit. Selon Guy Bourgeault, « le partage des responsabilités devra être aménagé de façon à reconnaître les diverses compétences et à rendre possible, par-delà les frontières entre les professionnels et leurs spécialités, le jeu de leurs complémentarités interactives⁸ ».

Les infirmières et infirmiers devront apporter à l'équipe leurs expertises propres, leur sensibilité et une réflexion nouvelle. En effet, comme le dit encore Guy Bourgeault, « l'avenir de la profession des infirmières me paraît en partie lié avec sa reconnaissance sociale, à la qualité de la participation exigée et j'ajouterais à l'audace de leur apport à la réflexion, à la discussion et au débat⁹ ».

Quelles sont les difficultés rencontrées ou les malaises vécus par les professionnels infirmiers dans leurs interventions auprès des familles vivant des situations de « maltraitance » ? Pour répondre, examinons les données fournies par le questionnaire. Selon les commentaires recueillis,

7. C. LAMBERT (1992), « L'acquisition des compétences morales », *Nursing Québec*, 12 (3), p. 67.

8. G. BOURGEAULT (1992), « Éthique, droit et pratique : jalons pour une éthique de la responsabilité partagée », *Nursing Québec*, 12 (3), p. 57.

9. *Ibidem*, p. 58.

ils trouvent particulièrement difficile de les étiqueter comme « familles à risque, à problèmes multiples, à situations de négligence ou de violence ». Ils préfèrent en général utiliser le terme « familles en difficultés ».

D'une part, les infirmières et infirmiers définissent le respect comme la principale valeur devant être véhiculée à l'intérieur de la famille. Ils rangent au second rang l'amour et l'affection. Ils considèrent d'ailleurs le droit au respect, à la dignité humaine et à l'amour comme la valeur la plus problématique dans leur rapport avec les familles visitées qui, selon eux, ne la partagent que très rarement et l'encouragent très peu. Les interventions auprès de ces familles bousculent donc leurs principes, leurs valeurs et font émerger de fortes émotions. Ils qualifient celles-ci de dérangeantes.

Les termes le plus souvent évoqués pour décrire les familles « maltraitantes » s'énoncent comme suit : familles à faible revenu, souvent monoparentales, peu scolarisées, isolées, avec des antécédents de violence ou de négligence, avec des manifestations évidentes de négligence chez les membres de la famille et dans la maison et dont la psychodynamique familiale est perturbée.

Les infirmières et infirmiers mentionnent également que leurs perceptions étaient assez proches de ce qu'ils ont pu constater. Selon eux, un certain *pattern* existe. Par contre, auparavant, ils pouvaient considérer les parents comme méchants, mais maintenant, ils les comprennent mieux, voient en eux des personnes insécures qui ont souvent vécu de la violence dans leur enfance.

Si l'on s'en tient à leurs commentaires, l'obstacle majeur à l'amélioration de la situation familiale vient en partie de la négation du problème par les familles. Les principales causes soulevées par les professionnels infirmiers et pouvant favoriser la méfiance et l'isolement de ces familles peuvent se résumer comme suit :

- refus d'aide de la part de la famille,
- disponibilité restreinte des ressources communautaires et professionnelles,
- manque de concertation ou de collaboration entre les intervenants pour apporter des changements,
- façon d'agir des intervenants ne répondant pas au besoin initial exprimé et ne respectant pas le rythme des familles.

Selon les intervenants, le dépistage est difficile à effectuer puisque les familles vivent sur la défensive. Elles sont repliées sur elles-mêmes, très vulnérables et méfiantes vis-à-vis d'eux. Elles ont de la difficulté à

demander ou à accepter de l'aide car elles refusent de voir qu'il y a un problème. Pour elles, cette violence est normale et justifiée, elle est souvent banalisée et perçue comme un moyen de régler les conflits. Les enfants de ces familles n'osent pas parler de leurs problèmes car ils apprennent très vite que les histoires de famille se règlent en famille. Heureusement, les *cliniques de vaccination, les suivis prénatals et postnatals plus élaborés* et les visites à domicile facilitent, le rôle de soutien que les infirmières et infirmiers ont à jouer auprès de ces familles.

Les infirmières et infirmiers estiment qu'il est important de préserver et de promouvoir chez ces familles certains éléments comme :

- le climat de confiance,
- le respect des individus,
- l'écoute,
- le soutien,
- les compétences parentales,
- les capacités de résolution des problèmes,
- l'amour des enfants et des parents,
- l'estime de soi,
- l'identité,
- la dignité humaine,
- la santé,
- la sécurité.

Dans les situations où il y a un refus de collaborer, le personnel infirmier dit manifester une attitude d'ouverture, de disponibilité en laissant une porte ouverte. Comme il est souvent difficile de s'imposer, il est quand même possible d'assurer une surveillance à distance. Par contre, si tout danger menace la santé ou la sécurité de l'enfant, un signalement à la DPJ est fait sans tarder. L'équipe multidisciplinaire constitue une aide précieuse pour l'élaboration de stratégies d'intervention dans certaines situations.

Dans les relations avec les collègues de travail, les infirmiers et infirmières considèrent qu'il est primordial de promouvoir la concertation, la collaboration au sein de l'équipe multidisciplinaire, la solidarité, le soutien mutuel, la confiance, la complicité, le partage d'une philosophie commune d'intervention, le respect des compétences de chacun, l'intégrité, l'honnêteté, des relations harmonieuses où la communication et les échanges se font sans jugement de valeur.

Selon les opinions exprimées par les professionnels infirmiers, les désaccords surviennent lorsque les intérêts des intervenants passent avant les besoins du client. Par ailleurs, les différences dans les échelles de

valeurs respectives, la formation et le vécu de chacun, la question du partage de responsabilités, l'autonomie et l'indépendance souhaitées, ainsi que la rapidité des interventions ou la lenteur des procédures à la DPJ amènent également des différends.

Dans les milieux où les infirmières et infirmiers ne peuvent pas vivre leur idéal professionnel, ils se permettent au moins de le communiquer. « Je fais de mon mieux. » « Je m'adapte, je compose avec la situation afin d'en retirer le meilleur parti, j'essaie de conscientiser peu à peu le système. » Ils organisent leur travail en conséquence et ont recours aux compromis, c'est-à-dire qu'ils révisent leurs priorités et se questionnent sur leurs tâches.

En conclusion, les professionnels en soins infirmiers sont des membres à part entière de l'équipe multidisciplinaire. Ils font partie intégrante du plan d'intervention élaboré par l'équipe pour intervenir auprès des familles vivant des situations de « maltraitance ». Auparavant, le rôle du personnel infirmier dans ce genre de problématique était plutôt restreint au dépistage pur et simple. Maintenant, grâce à leur autonomie accrue, les infirmières et infirmiers prennent de plus en plus de responsabilités dans le suivi de ces familles. Ils sont alors confrontés à un plus grand nombre de problèmes d'ordre éthique.

UN ENJEU ÉTHIQUE INCONTOURNABLE

Les personnes qui ont répondu à notre questionnaire se sont donné la peine de formuler de nombreuses réflexions dont le contenu, on le voit déjà, est riche d'éléments permettant de dégager la dynamique morale propre à ce domaine d'intervention. Afin de préciser les enjeux qui apparaissent dans les commentaires ajoutés aux réponses, nous avons emprunté quelques notions à la sémiotique greimassienne. Nous avons retenu comme unité d'analyse l'**énoncé modalisé**¹⁰. L'énoncé simple comportant un sujet et une fonction (**être** ou **faire**) peut être affecté par une **modalité** (devoir, vouloir, savoir, pouvoir) et devenir un **énoncé modalisé**, par exemple « cette présentation ne doit pas dépasser cinq pages ».

Une fois réalisé le long travail de repérage et de **formalisation des énoncés modalisés**, nous les classons selon les modalités, selon les catégories d'acteurs-sujets et selon les types d'états ou d'actions qui se trouvent

10. Pour la définition précise des termes utilisés voir A.J. GREIMAS et J. COURTÈS (1979), *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Paris, Hachette, en particulier les articles « énoncé » et « modalité ».

modalisés. Vu l'ampleur du corpus (au-delà de 1200 commentaires comportant souvent plus d'un énoncé à formaliser), l'analyse est loin d'être achevée. Les données de trois questions ont été analysées plus attentivement et des « sondages » ont été faits dans d'autres séries de commentaires. Nous pouvons cependant dégager un certain nombre de remarques que la suite de l'analyse pourrait corroborer ou corriger s'il y a lieu.

1. La modalité du **devoir** apparaît moins souvent que prévu. Elle régit l'activité de l'intervention ou la situation des familles, dans six énoncés sur 85 pour une question portant sur les appellations données aux familles, et dans 14 énoncés sur 135 pour une question portant sur l'impression ressentie par la personne qui intervient dans des situations familiales de « maltraitance ». La manifestation du **devoir** porte le plus souvent sur le **faire** du sujet intervenant : certaines attitudes à éviter, des compétences nécessaires, ce qu'on doit viser, quelquefois la nécessité de tenir compte des forces de la famille. On s'interdit d'employer des « étiquettes stigmatisantes », mais il s'agit plutôt d'un devoir **moral** car on admet la nécessité **pratique** d'user de vocables appropriés aux familles concernées. Le devoir le plus fermement mentionné est celui de **protéger** les personnes contre la violence. Interrogés sur les règles, codes ou lois qui régissent leurs interventions, les répondants mentionnent explicitement, dans la moitié des incidences pertinentes, la *Loi de la protection de la jeunesse* et ses aspects judiciaires. Cette dimension **juridique** est justifiée du fait qu'il s'agit de protéger : enrayer les abus, assurer une sécurité minimale. La dimension **déontologique** vient en second lieu : elle vise le plus souvent la confidentialité mais aussi l'encadrement obligé de l'intervention. Sans mentionner de règles ni de codes, le quart des réponses à cette question en appelle explicitement à un devoir d'ordre **moral** ou éthique : le respect de valeurs et de droits humains fondamentaux.
2. Les commentaires analysés jusqu'à maintenant présentent un plus grand nombre d'occurrences des modalités du **savoir** et du **vouloir**. À l'une de nos questions où les intervenants exprimaient des impressions et sentiments ressentis dans leurs pratiques, les commentaires ont été **formalisés**¹¹ en 135 énoncés. Or, une soixantaine de ces énoncés mettent en scène la

11. Exemples de formalisation : transformer la phrase « c'est difficile de sentir des personnes en souffrance » en un énoncé du savoir-vouloir de l'intervenant sur la situation familiale et la phrase « j'aurais le goût d'amener les enfants avec moi » en un énoncé du vouloir de l'intervenant modalisant un faire pour l'enfant.

modalité du **savoir**. La plupart du temps, celle-ci affecte le **sujet de l'intervention**. Son savoir porte soit sur les situations familiales, soit sur l'intervention et ses responsables. Il s'agit rarement de non-savoir. Des familles, ce sujet connaît leur manque et leurs difficultés ; il sait reconnaître les facteurs de la « maltraitance » ; il note parfois certaines possibilités ou capacités de leur part. Le savoir de ce sujet mesure aussi la valeur de l'intervention, il indique certaines qualités attendues de l'intervenant, il note ce à quoi il est confronté ou ce qui l'affecte, il constate combien ses valeurs divergent de celles des familles rencontrées. Parfois (trois occurrences) la modalité du **savoir** affecte le faire parental, mais c'est alors pour déplorer sa déficience. Le sujet de l'intervention a le savoir, la famille est surtout **connue**.

3. Dans la même série d'énoncés formalisés, le **vouloir** est mis en scène une quarantaine de fois. Si c'est la famille qui est représentée comme sujet du vouloir (sept fois), il s'agit ou bien d'accepter l'aide ou bien de s'ouvrir à un processus d'amélioration. Dans les autres occurrences, il s'agit du vouloir du sujet de l'intervention et il porte d'abord, comme on doit s'y attendre, sur l'efficacité positive de l'intervention (13 fois), puis sur certaines de ses modalités (huit fois), sur le bien de l'enfant (six fois), sur certaines attitudes de l'intervenant (six fois) et enfin sur un faire attendu des parents (deux fois). La différence dans l'expression du vouloir est encore manifeste.
4. La modalité du **pouvoir** est mise en scène moins souvent que nous l'aurions d'abord pensé : 23 fois dans le même corpus d'énoncés. Elle affecte le plus souvent le faire du sujet de l'intervention, mais, cette fois, le **non-pouvoir** domine : en effet, 10 occurrences manifestent l'incapacité du sujet de l'intervention à faire plus, à rester dégagé émotivement, à comprendre, à changer la situation surtout des enfants. Par ailleurs, huit occurrences expriment un pouvoir-faire de l'intervenant soit par rapport à la situation familiale (quatre fois), soit par rapport à ses réactions dans l'intervention. La modalité du pouvoir affecte aussi un faire parental, soit pour affirmer une possibilité d'amélioration (trois fois), soit pour en douter (deux fois).
5. Pour vérifier la représentation des modalisations quand elles régissent un état ou un faire familial, nous avons exploré le corpus d'énoncés obtenus dans une question portant sur les **principales caractéristiques d'une famille vivant des situations de « maltraitance »**. Les réponses abondent en caractéristiques négatives

et les traits positifs ne sont plus retenus. Ressortent majoritairement un non-pouvoir économique et un non-pouvoir (fatalisme) issu de la reproduction de modèles familiaux. Apparaît également une incurie due à diverses faiblesses (alcoolisme), à des carences affectives, à certaines structures familiales. Vient en beaucoup moins grand nombre un non-savoir portant surtout sur divers aspects éducatifs. Le **vouloir** et le **devoir** sont ici rarement en scène.

Notre analyse est encore trop parcellaire pour dégager de véritables conclusions, mais se dessinent déjà des constantes qu'il convient de noter. Nous avons fait appel à l'expérience des personnes en situation d'intervention. Il est donc normal que la modalisation du sujet intervenant soit au premier plan. Il paraît cependant significatif que son **savoir** et son **vouloir** se soient manifestés de manière si importante alors que du côté des familles domine largement la représentation du **non-pouvoir/savoir**, bien qu'on perçoive quelques tentatives occasionnelles de valoriser les familles en difficulté. Ainsi apparaît une **différence** importante que la bonne volonté individuelle ne peut écarter, car elle est engendrée par le fait même qu'on organise de l'intervention pour un certain nombre de familles. C'est un enjeu éthique incontournable.

UNE DIFFÉRENCE IRRECEVABLE OU GÉNÉRATRICE D'OUVERTURE À L'AUTRE ?

Les analyses précédentes et une étude psychanalytique des réponses à plusieurs questions nous ont amenés progressivement à constater que, derrière le discours des intervenants, surgissait le spectre de la « différence » que représentent à leurs yeux les familles vivant des situations de « maltraitance ». Nous allons refaire ce parcours pour montrer sous quelles modalités cette différence apparaît. Nous inspirant de la grille éthicologique, nous allons en reprendre chacun des éléments pour les appliquer à notre propos. Des questions précises portaient sur les **valeurs** promues par les intervenants et ce qui pouvait apparaître à leurs yeux comme des anti-valeurs. Certaines tentaient de déterminer la fonction des **normes ou règles** dans les pratiques professionnelles auprès de ces familles. D'autres avaient pour fonction d'explorer les différentes **conceptions de la famille**, du développement de l'enfant, etc.

Les pratiques éducatives des familles vivant des situations de « maltraitance », avons-nous dit plus haut, viennent remettre en question les valeurs des intervenants et les conceptions éducatives sous-jacentes. Nous allons tout d'abord voir en quoi consiste cette confrontation de valeurs.

Nous les interrogeons sur les **valeurs** qui devraient être vécues à l'intérieur de la famille. Par ailleurs, nous leur demandions si les valeurs des familles vivant des situations de « maltraitance » entraînent en conflit avec les leurs. Une lecture des réponses nous permet de constater que c'est comme si les valeurs de ces familles représentaient exactement l'envers des valeurs à promouvoir. Quelles valeurs les intervenants privilégient-ils ? Selon un ordre décroissant, apparaissent le **respect** (de soi et des autres, des différences, de la propriété d'autrui, des frontières entre les générations), l'**amour** (ou l'affection), la **solidarité** (l'entraide, le soutien), une **bonne communication**, l'**honnêteté** (la franchise et la loyauté), et enfin, la **confiance** (la valorisation, la disponibilité).

Qu'en est-il alors de la famille vivant une situation de maltraitance ? Au respect, présenté comme une valeur dominante, elle oppose souvent un non-respect de la dignité de la personne, un manque de respect entre les parents et même à l'égard de l'intervenant. Plutôt qu'un encadrement adéquat, présenté comme une valeur par les intervenants, les familles maltraitantes préfèrent l'absence de discipline ou de règles voire le laisser-aller, ce qui peut même remettre en question la sécurité de l'enfant. Plutôt que de penser un projet à long terme, on vit au jour le jour, on investit dans la satisfaction des pulsions au détriment des besoins de l'enfant. Des intervenants diront que « les besoins des parents, en particulier du père, passent avant ceux des enfants ; manque de conscience des besoins de l'enfant ». De même, « le rapport à l'argent, affirme quelqu'un, est pulsionnel, non articulé aux exigences sociales ». Le plaisir prend le dessus sur les responsabilités. « L'importance accordée aux enfants est différente de la nôtre », dit une autre personne. Bref, avance-t-on, « il s'agit de deux planètes différentes ; pas le même langage, pas la même culture ».

Dans ce contexte, où ils se situent à une « planète » de distance les uns des autres, les intervenants sont confrontés à deux risques : l'abus de pouvoir ou l'interprétation biaisée par les *feelings*. Pour éviter de tels risques, certains disent qu'« il ne faut pas perdre de vue que nos interventions visent en premier lieu la sécurité de l'enfant ». Pour beaucoup, dans de telles conditions, la **référence à la norme** (règles, grilles ou modèles d'intervention, et plus particulièrement à la loi) **appose un label de moralité et de rectitude à leurs interventions**. Les règles « permettent un contrôle ; indiquent des limites à ne pas franchir » : elles « donnent des balises » ; « nous avons besoin de balises » ; « il est plus difficile d'intervenir s'il n'y a pas de balises ». Une personne affirme qu'elles servent de « cadre de référence par rapport aux valeurs véhiculées par notre profession et par rapport aux actions à poser ». Quelqu'un ajoute : « Cela permet une plus grande justice pour l'ensemble des personnes et laisse moins place à la subjectivité, il y en a beaucoup de toute façon. » La

norme semble donc servir pour beaucoup de garde-fou contre le risque de la subjectivité. C'est comme si la subjectivité devenait un risque face à la **saine objectivité clinique**, présentée comme un idéal. Cela nous interpelle : les intervenants auraient-ils du mal à vivre leur propre différence à eux-mêmes, cette subjectivité qui risquerait de les faire tomber de Charybde en Scylla ? Ou cette subjectivité serait-elle nécessairement suspecte, du fait qu'on ne peut pas l'objectiver scientifiquement ? Pour l'instant, disons qu'elle apparaît comme un risque auquel la formation clinique ne semble pas pouvoir pallier.

La différence apparue dans le choix de valeurs s'est manifestée à nouveau lorsqu'il a été question de la fonction des normes dans l'intervention auprès de ces familles. Continuons cette réflexion en nous interrogeant cette fois sur les différences qui peuvent se révéler lorsqu'il sera question des **conceptions de la famille**, du développement de l'enfant, etc. Ici, une question sur les désignations de la famille « maltraitante » peut nous être utile. Elle était ainsi formulée : « Dans votre milieu de travail, comment désigne-t-on habituellement les familles auprès desquelles vous intervenez ? » Dans le milieu de travail, les principales désignations des familles vivant des situations de « maltraitance » sont les suivantes : familles « à risque », « en difficulté », « à problèmes multiples » et « négligentes ». Lorsqu'on leur demande ce qu'ils pensent de telles appellations, plusieurs disent qu'elles comportent des risques, dont ceux d'étiqueter, de cataloguer, de ne voir que les problèmes. Ce sont « des étiquettes trop stigmatisantes et des appellations qui peuvent être très péjoratives. Ces expressions sont centrées sur les faiblesses plutôt que sur les forces, les capacités. Elles discréditent les familles en difficulté. » Bref, elles entraînent le risque de percevoir la famille comme un ensemble dépourvu d'éléments constructifs et d'empêcher l'intervenant de croire encore dans les capacités et les forces du client.

Cependant, si les intervenants s'opposent à la stigmatisation impliquée par la terminologie utilisée pour parler des familles vivant des situations de « maltraitance », il n'en reste pas moins que plusieurs considèrent que la distance entre leurs conceptions éducatives respectives s'opposent comme le jour et la nuit ! « Leur façon de concevoir l'éducation ou leurs références éducatives divergent d'avec les nôtres, diront des intervenants, en particulier dans le domaine de l'alimentation, des besoins de base de l'enfant, de la propreté, des soins à donner à l'enfant, de la fréquentation scolaire, des normes à respecter et de la définition de ce qui est bien ou mal. » En quoi consisterait alors la famille saine, et en quoi différerait-elle tant de la famille « maltraitante » ? La famille saine, c'est celle dont « le potentiel est actualisé », celle aux parents compétents, celle qui est marquée par « le respect de la personne et l'amour ; où

chacun trouve sa place, sa propre identité et se développe » ; celle qui « favorise l'autonomie, permet la confiance de l'un et de l'autre » ; « celle où on est capable de se parler, de communiquer ; « celle où on a plaisir à vivre ».

La famille « maltraitante » est celle qui souffre de carences et même de pauvreté, pour ne pas dire d'indigence, pauvreté **financière**, **affective**, **intellectuelle**. Pauvreté **financière** tenant à la précarité de la situation : ce sont des milieux socio-économiques et culturels défavorisés, qui se donnent peu de place et de pouvoir. Pauvreté **affective** : ce sont souvent des familles reconstituées ou disloquées (monoparentalité), le plus souvent marquées par une instabilité dans les relations. L'isolement, une non-définition des rôles familiaux et surtout l'absence de modèles autres que le leur en ce qui concerne les soins et l'éducation des enfants, maintenue par le fait qu'ils ne jouissent pas du support d'une entraide extérieure, maintiennent ce type de fonctionnement. Un *pattern* familial, marqué par la violence physique ou verbale et l'absence de valorisation, semble ici se répéter de génération en génération avec une certaine « fatalité ». Quant aux personnes elles-mêmes, elles témoignent souvent d'une faible estime de soi, d'imaturité affective et d'impulsivité, de difficultés d'ordre personnel dont des troubles de comportement et, plus encore, elles refusent de reconnaître le problème qu'elles vivent. Enfin, pauvreté **intellectuelle** : marquée par une carence, des retards, qu'il s'agisse du développement psychomoteur, intellectuel ou relationnel chez les enfants. Un tel contexte, marqué par un manque de stimulation, entraîne à la fois des difficultés de fonctionnement à l'école pour les enfants. Bref, dira-t-on, ce sont des parents démunis au plan éducatif.

Qu'il s'agisse des **valeurs**, des **normes** ou **régulations** et enfin des **conceptions de la famille** qui sous-tendent ces valeurs et ces normes, nous avons constamment vu surgir ce qui est perçu par beaucoup d'intervenants comme un **enjeu éthique fondamental**, celui de la **différence**. En effet, cet enjeu se déploie progressivement tout au long des réponses, parfois de façon subtile, parfois sur un mode explicite. Les situations vécues par les familles sont comme la négation du modèle de référence. La norme sécurisante oblige ; elle sert d'aune ou de mesure des valeurs à mettre de l'avant dans les interventions, mais aussi à retrouver dans toute famille. Ici, nous rejoignons la position de Pourtois et Desmet¹², selon laquelle l'hypothèse de la différence exige que la relation de l'intervenant avec les parents passe par l'acceptation des valeurs et des cultures différentes.

12. J.-P. POURTOIS et H. DESMET (1991), « Interventions socio-éducatives auprès des familles : Le programme DÉPART », dans M.A. PROVOST et R.E. TREMBLAY (sous la direction de), *Famille, inadaptation et intervention*, Ottawa, Éditions Agence D'ARC, pp. 141-170.

Une question reste ouverte, à laquelle il faudra répondre : Comment les intervenants tentent-ils de résoudre « éthiquement » cet enjeu de la différence ? Nous n'avons pas encore pu explorer vraiment la façon dont ils « traitent » cet enjeu, comment ils le résolvent. Nous pouvons cependant citer ici quelques réponses qui ouvrent des avenues intéressantes. Un intervenant dit : « Les valeurs sont dans l'ensemble les mêmes, c'est leur importance, la hiérarchie qui diffère. » Un autre : « C'est davantage la personne qui est en cause ici, que les lois ou règlements. Nous ramenons la situation selon notre analyse. Alors, il est évident qu'une situation peut prendre une orientation différente selon les intervenants. » Enfin, affirment certains, « notre propre connaissance à propos de la souffrance vient comme nous indiquer les règles d'éthiques, morales appropriées qui apparaissent encore plus importantes que toutes les autres règles instituées ». Bref, « il ne faut pas oublier que nous sommes des humains avec une vision humaine de la réalité et de la perfection des choses et des situations idéales ».

De la pratique, on peut tirer une certaine sagesse. Cette aliénation incontournable de la famille vivant une situation de « maltraitance » peut pousser l'intervenant à s'interroger sur l'enjeu de l'écoute de l'autre dans la reconnaissance de sa différence. Plus on prend de l'expérience en ce domaine, dit quelqu'un, plus les années passent, « plus l'intervention se raffine, se nuance et reprend une trajectoire plus près du Réel que de l'Idéal. Ce qui me dérange le plus, c'est de regarder les interventions que j'ai faites il y a plusieurs années et de voir la grande différence qu'il y aurait eu si ce que je suis actuellement avait été il y a 10 ans. » Cette même personne ajoute plus loin : « Chacun d'entre nous a des valeurs communes au plan humain, telles la responsabilité individuelle et sociale, la solidarité, la loyauté, le support... Il suffit de travailler avec des systèmes marginaux pour se rendre compte que ces systèmes ont des valeurs identiques aux nôtres à l'intérieur de leur propre structure mais exprimées différemment. » Pour peu que l'on s'interroge sur la subjectivité comme biais incontournable dans l'intervention, l'enjeu éthique de la différence peut être porteur d'une écoute de l'autre dans ce qui le fait autre et proche à la fois.

CONCLUSION

Cette recherche amorcée nous permet déjà de soulever des questions pertinentes sur les enjeux éthiques de l'intervention professionnelle auprès des familles vivant des situations de « maltraitance ». Après avoir exposé succinctement notre problématique de recherche, ses objectifs, et la méthodologie utilisée, nous avons précisé le profil des personnes qui ont

accepté de répondre au questionnaire que nous leur avons adressé. Puis, nous avons vu que, en partant d'une définition large de la violence, le contenu des valeurs prônées par les intervenants s'est radicalisé et s'est progressivement éloigné de la réalité des familles maltraitantes, à risque de ne pas pouvoir vivre les valeurs dominantes. Nous avons aussi montré que les professionnels infirmiers sont désormais des membres à part entière d'une équipe d'intervention professionnelle. Prenant de plus en plus de responsabilités dans le suivi des familles vivant des situations de « maltraitance », ils sont confrontés à un plus grand nombre de problèmes d'ordre éthique dans leurs pratiques quotidiennes. De même, nous avons précisé que, si les intervenants sont possesseurs du **savoir** et du **vouloir**, aux familles sont plutôt attribués le **non-pouvoir** et le **non-savoir**, malgré des tentatives de valoriser ces familles. Nous avons insisté sur la présence d'une **différence** importante, engendrée par le fait même qu'on intervient auprès de ces familles. Enfin, nous nous sommes interrogés sur l'enjeu éthique de la différence et nous sommes demandé s'il n'est pas omniprésent dans les perceptions des intervenants. La question se pose alors de trouver comment assumer cette différence sans le rejet, la commisération, ou même des tentatives de séduction dans un rapport de l'ordre du même. Bref, ne peut-on pas reconnaître cette différence, reconnaître l'autre dans ce qu'il est, à la fois différent et sujet humain ? Nous voyons là un vaste territoire à explorer et des pistes de recherche fort intéressantes.