

Nouvelles pratiques sociales



Participation sociale et déficience physique

Favoriser la solidarité et l'inclusion dans les pratiques psychosociales en CSSS

David Bergeron and Jacques Caillouette

Volume 27, Number 1, Fall 2014

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033622ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1033622ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bergeron, D. & Caillouette, J. (2014). Participation sociale et déficience physique : favoriser la solidarité et l'inclusion dans les pratiques psychosociales en CSSS. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 117–136. <https://doi.org/10.7202/1033622ar>

Article abstract

The social participation of people in situations of exclusion constitutes the main purpose of social policies adopted in the last decade in Western countries. In Quebec, Health and Social Services Centres (HSSC), because of the central place they occupy in the public health system, are called upon to promote innovative interventions, adapted to the people having particular needs, with social participation in mind. HSSCs have to propose practices of intervention that call upon the person's capacity to act. For that purpose, the subjectivity of the person but also his or her environment must be considered in the evaluation and throughout the intervention process. In the Physical Appearance Deficiency Program (DP), because they are maintained in a model of compensation for limitations, the psychosocial practices seem unable to support the people-users in the achievement of an objective of social participation. That is why it is necessary to supply to the first-line psychosocial professionals a frame of analysis and tools capable of promoting social participation practices.

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2015

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

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

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

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

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



Participation sociale et déficience physique : *favoriser la solidarité et l'inclusion dans les pratiques psychosociales en CSSS*

David BERGERON

Travailleur social en CSSS et chargé de cours
Université de Sherbrooke

Jacques CAILLOUETTE

Professeur, École de service social
Université de Sherbrooke

La participation sociale des personnes en situation d'exclusion constitue la finalité principale des politiques sociales adoptées depuis une dizaine d'années en Occident. Au Québec, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), en raison de la place centrale qu'ils occupent

PERSPECTIVES ÉTATIQUES

dans le système public de santé, sont appelés à promouvoir des interventions novatrices, adaptées aux personnes ayant des besoins particuliers et qui s'accordent avec cet objectif. Les CSSS doivent proposer des pratiques d'intervention sollicitant la capacité d'agir de la personne. Pour cela, la subjectivité de la personne, mais aussi son environnement, doit être considérée dans l'évaluation et tout au long du processus d'intervention. Dans le programme Déficience physique (DP), parce qu'elles sont maintenues dans un modèle de compensation des incapacités, les pratiques psychosociales apparaissent incapables de soutenir les personnes-usagères dans l'atteinte d'un objectif de participation sociale. C'est pourquoi il est nécessaire de fournir aux intervenants psychosociaux de première ligne un cadre d'analyse et des outils capables de promouvoir des pratiques allant en ce sens.

Mots-clés : participation sociale; handicap; processus de production du handicap (PPH); pratiques psychosociales; déficience physique.

The social participation of people in situations of exclusion constitutes the main purpose of social policies adopted in the last decade in Western countries. In Quebec, Health and Social Services Centres (HSSC), because of the central place they occupy in the public health system, are called upon to promote innovative interventions, adapted to the people having particular needs, with social participation in mind. HSSCs have to propose practices of intervention that call upon the person's capacity to act. For that purpose, the subjectivity of the person but also his or her environment must be considered in the evaluation and throughout the intervention process. In the Physical Appearance Deficiency Program (DP), because they are maintained in a model of compensation for limitations, the psychosocial practices seem unable to support the people-users in the achievement of an objective of social participation. That is why it is necessary to supply to the first-line psychosocial' professionals a frame of analysis and tools capable of promoting social participation practices.

Keywords: social participation; disability; handicap production process (HPP); social practices; physical impairment.

INTRODUCTION

L'adoption de la politique À part entière (Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), 2009) a permis à la société québécoise de se positionner à l'avant-garde dans le champ du handicap et dans la lutte contre les inégalités fondées sur les différences. En vingt-cinq années, beaucoup de progrès ont été réalisés pour favoriser l'intégration des personnes ayant des limitations fonctionnelles. Jusqu'aux années 1970, ces personnes se retrouvaient systématiquement en situation d'exclusion sociale et de pauvreté. Grâce à un nouveau discours progressiste fondé sur l'acceptation des différences, des changements ont pu s'opérer dans la société québécoise. Plus récemment, la politique À part entière fait un pas supplémentaire, faisant valoir la nécessaire prise en compte de la subjectivité des personnes ayant des fonctionnements différents dans un vaste projet d'inclusion sociale. C'est pourquoi il est aujourd'hui recommandé de développer des pratiques sociales inclusives prenant en compte la subjectivité de ces personnes, dans le but de favoriser leur participation sociale (Bureau et Rist, 2013; OPHQ, 2009).

L'OPHQ, acteur majeur dans le domaine, a publié un document-guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux travaillant auprès des personnes vivant avec un handicap en lien avec certaines déficiences ou incapacités (OPHQ, 2010). Depuis une vingtaine d'années, on a pu observer, dans les centres de réadaptation du Québec, des avancées significatives au niveau des pratiques professionnelles favorisant la participation sociale des personnes vivant avec des limitations fonctionnelles (CMR, 2014), même, si selon Fougeyrollas (2010), il reste encore du chemin à faire. Mais il en va autrement des pratiques de première ligne, notamment dans le programme Déficience physique (DP), qui témoignent d'un retard important dans l'appropriation des avancées théoriques dans le champ du handicap. L'utilisation d'outils standardisés d'évaluation, le rôle de pivot attribué aux intervenants psychosociaux et les nouvelles structures organisationnelles induites par la réforme de 2004 contribuent à véhiculer une conception passéiste du handicap (Fougeyrollas et Tremblay, 2006) et à cadencer la capacité à produire une intervention inclusive et solidaire.

Prenant le contre-pied d'une rationalité centrée sur la prestation de services, nous avons analysé des pratiques d'intervention psychosociale en CSSS à partir d'une finalité de participation sociale. Le handicap étant un phénomène éminemment complexe, qui ne peut se passer du point de vue

de la personne et du contexte dans lequel il s'exprime, il apparaît nécessaire de disposer d'un modèle conceptuel écosystémique ayant le mérite de dépasser la conception obsolète du handicap qui semble prévaloir depuis les années 1980. La société québécoise dispose d'une définition moderne du handicap (OPHQ, 2009). Au fondement de celle-ci, apparaît la notion de participation sociale, qui constitue le centre du cadre théorique d'une recherche que nous avons menée et dont nous reprenons ici quelques résultats. L'intervention de première ligne devrait, croyons-nous, prendre la mesure des avancées théoriques, allant au-delà de la simple compensation des incapacités pour s'intéresser à la situation d'interaction sociale à l'origine des situations de handicap ou de participation sociale, ce que recommande la politique.

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise (Bergeron, 2011) portant sur la question du handicap, l'intervention psychosociale et le soutien à domicile dans deux CSSS du Québec, nous avons mené 12 entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants (N = 6) et d'usagers (N = 6) du programme Déficience physique. Selon un processus de théorie ancrée et une perspective critique (Kincheloe et McLaren, 2005), l'analyse de ce matériel ne permet pas, à proprement parler, de déceler des stratégies d'intervention orientées vers la participation sociale. Ces résultats montrent plutôt qu'en contraste avec les services de réadaptation en deuxième ligne, les pratiques en CSSS n'ont pas su métaboliser à ce jour les avancées théoriques en matière de compréhension du handicap, avec ses dimensions anthropologiques et politiques.

Soulignons la nature qualitative de la recherche et donc l'impossible généralisation des résultats. En revanche, ceux-ci sont transférables à d'autres contextes. L'optique et les critères de validité doivent ici se comprendre à la lumière des données fournies, à savoir dans quelle mesure les analyses produites permettent au lecteur de faire ses propres comparaisons à partir des « bonnes descriptions » (Pires, 1997) fournies par l'analyse. Eu égard à nos résultats, la validité de l'interprétation formulée réside ainsi dans la capacité d'autres intervenants, chercheurs ou personnes en situation de handicap, relativement aux terrains qu'ils connaissent, de juger dans quelle mesure les processus ou analyses dévoilées s'appliquent, ou non, sans perdre de vue la singularité de ces terrains.

Quatre grands moments structureront notre développement. Dans un premier temps, la présentation du processus de production du handicap (PPH) (OPHQ, 2009) assoit notre cadre interprétatif. Ensuite, la description de l'organisation actuelle et l'identification d'éléments structurants (outil, organisation, intervenant pivot) de la pratique en CSSS permettent de contextualiser les pratiques psychosociales de première ligne. Dans un troisième temps, nous présentons et analysons des propos d'usagers et d'intervenants rencontrés en

entrevue. Enfin, en guise de discussion, à partir des analyses produites (mais aussi par nos années de pratiques dans le domaine), nous dégageons trois principes d'une intervention de première ligne prenant résolument comme horizon la participation sociale.

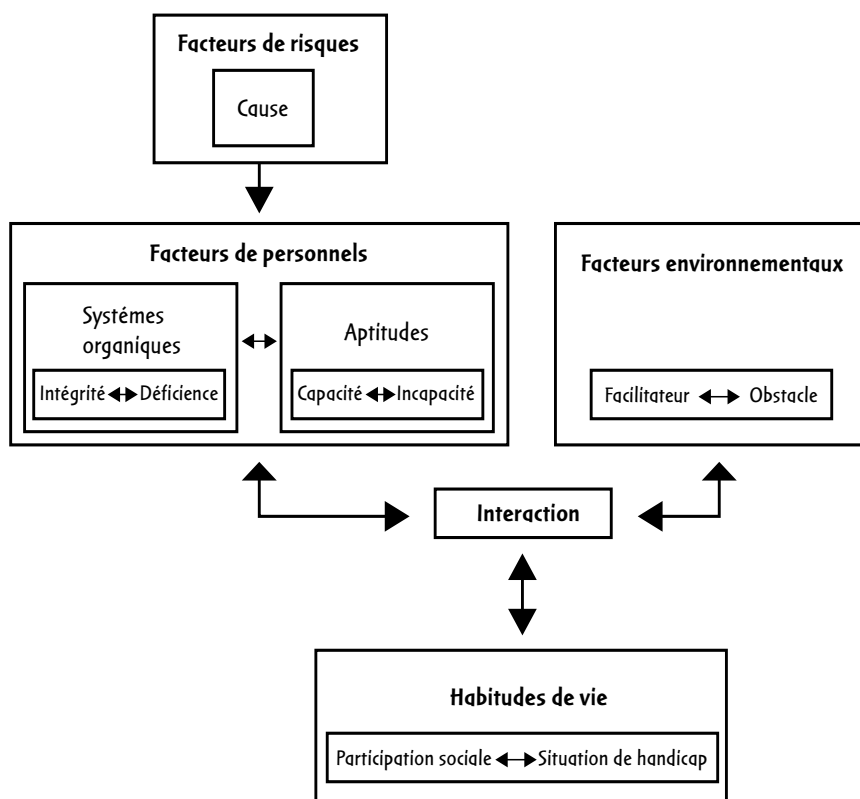
LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (PPH)

Avec la publication de la politique À part entière (OPHQ, 2009), le processus de production du handicap (PPH) est devenu, au Québec, le modèle théorique de référence à partir duquel s'articulent les concepts d'habitudes de vie, de participation sociale et de liberté du sujet en situation de handicap. Des orientations ministérielles témoignent de ces choix conceptuels.

Produit de l'évolution des connaissances dans le champ du handicap (Fougeyrollas, 2010; Barral, 2004), le PPH s'inspire de plusieurs théories des sciences sociales. De par la place accordée aux facteurs environnementaux dans la construction du handicap, ce modèle conceptuel emprunte des concepts aux théories systémiques, à l'interactionnisme symbolique et, plus fortement encore, au mouvement de « normalisation » développé en Europe du Nord à la fin des années 60 (Wolfensberger, 1972). Avant-gardiste, le modèle du PPH embrasse aussi les plus récentes considérations en matière de développement d'une action publique prenant en compte la subjectivité des personnes afin d'optimiser l'expression de leurs libertés individuelles (Bureau et Rist, 2013).

Selon ce modèle, la déficience physique d'une personne, qui peut s'exprimer par des incapacités physiques à réaliser des activités, n'explique pas, à elle seule, l'éventualité du handicap. Cette caractéristique doit être mise en relation avec d'autres facteurs, identitaires (aspirations, croyances), environnementaux (contexte économique, géographique, culturel) et sociaux (normes, valeurs) qui, en entrant en interaction les uns avec les autres, produisent ou non des situations de handicap. La participation sociale indique, au contraire, la capacité d'une personne à réaliser ses habitudes de vie et à exercer ses rôles sociaux (Fougeyrollas, 2010). La lecture du handicap proposée par le PPH induit des modes d'intervention différents, prenant plus en compte l'environnement particulier des personnes, ainsi que leur lecture de cet environnement et de son utilisation.

FIGURE 1
Le processus de production du handicap (PPH)



Pour le PPH, les habitudes de vie d'une personne (témoignant ou non de sa participation sociale dans une société donnée) ne se résument pas, comme le suggère l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), que nous verrons plus tard, aux facteurs de risques associés à certaines activités telles que l'alimentation, le sommeil, le tabagisme, l'exercice physique, la consommation d'alcool ou d'autres substances. En fait, « Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (Fougeyrollas *et al.*, 2004 : 9).

Selon un mode très schématique et restreint à un éventuel obstacle physique, supposons un jeune qui, en fauteuil roulant, se dirige vers l'université et dont le cas peut se présenter comme un exemple de situation de handicap ou, au contraire, de participation sociale. Si une rampe d'accès permet d'accéder au pavillon où se donnent ses cours, ce jeune en fauteuil roulant n'est pas en situation de handicap, car, comme d'autres jeunes de son âge, il a accès à des cours qui, notamment, peuvent favoriser plus tard son insertion socioprofessionnelle.

Toute la force et le génie anthropologique du modèle du processus de production du handicap (PPH), que nous avons exposés plus tôt, tiennent à ce que, ontologiquement, ce modèle établit de manière radicale le droit à la différence, notamment le droit au corps différent et aux fonctionnements différents (Fougeyrollas, 2010). Loin d'une perspective essentialiste et normative de ce que doit être le corps, le PPH prend, dès le départ, le corps tel qu'il se pose concrètement et historiquement dans le réel. Les concepts et attributs discriminatoires de normal et d'anormal, même de manière implicite, sont tout à fait absents de ce modèle.

PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE : CONTEXTE D'INTERVENTION

Le processus de production du handicap que nous venons de présenter soutient une perspective écosystémique permettant une analyse complexe et située des « situations de handicap » vécues par les personnes ayant une déficience physique. Cette façon novatrice de poser le handicap permet de soutenir une intervention personnalisée visant l'émancipation et la participation sociale de ces personnes.

Si les centres de réadaptation en déficience physique endossent cette perspective écosystémique pour soutenir l'intervention (CMR, 2014), les CSSS, pour leur part, semblent méconnaître le modèle du PPH, utile pour planifier l'intervention. Aussi, en plus de ce manque de référent théorique, le rôle des intervenants psychosociaux en CSSS apparaît fortement conditionné par les CSSS qui les embauchent. L'action de ces intervenants psychosociaux, majoritairement formés dans les écoles de travail social et membres de leur ordre professionnel, apparaît souvent limitée (Larivière, 2007).

Trois éléments de la pratique psychosociale qui se retrouvent à l'intérieur du programme Déficience physique peuvent être mis en cause pour expliquer ce retard en matière d'appropriation d'une nouvelle définition du

handicap : 1) l'évaluation des besoins de la personne ayant une déficience physique, 2) l'organisation des services induite par la réforme de 2004 et, finalement, 3) le rôle de pivot attribué au travailleur social.

L'évaluation de la personne ayant une déficience physique

L'évaluation de la clientèle constituée de personnes ayant une déficience physique requérant des services à domicile en CSSS est inadap-tée (Ex Aequo, 2010; Fougeyrollas et Tremblay, 2006). Les intervenants psychosociaux ne disposent pas d'un outil d'évaluation adéquat pour apprécier leurs besoins et leurs aspirations personnelles. Les intervenants psychosociaux, la plupart du temps travailleurs sociaux, doivent utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme étant l'outil privilégié pour toutes les clientèles de première ligne (MSSS, 2001).

Or, il faut rappeler que cet outil standardisé, aujourd'hui largement utilisé auprès des diverses clientèles en CSSS, a été développé pour évaluer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie au début des années 1980. En fait, l'OÉMC a été développé pour quantifier les conséquences sociales présumées d'une maladie sur les capacités fonctionnelles d'une personne, afin de guider l'intervenant professionnel dans son intervention de réadaptation auprès de cette même personne (Hébert *et al.*, 2001).

Construit à partir de l'ancienne définition du concept de handicap (OMS, 1988), l'OÉMC oriente l'évaluation biopsychosociale de la personne en déterminant l'accès aux ressources techniques, humaines ou d'hébergement. Or, considérer le handicap sous le prisme de l'OÉMC a pour limite principale de faire apparaître le handicap comme étant une réalité intrinsèque à la personne, provenant de ses incapacités liées à une maladie (Fougeyrollas *et al.*, 2006). Découlent donc de l'OÉMC trois conséquences négatives, à savoir 1) la restriction de la portée de l'intervention à la sphère domiciliaire; 2) la proposition d'une intervention visant à compenser des incapacités objectivées de la personne par une aide humaine ou technique; 3) l'omission de l'implication de la personne ayant une déficience physique dans l'évaluation de sa situation.

La réforme de 2004 et le programme-service Déficience physique

Le programme Déficience physique est un des sept programmes-services spécifiques générés par la réforme (MSSS, 2004a). En redéfinissant les clientèles selon leurs besoins prétendument spécifiques, la réforme de 2004, par

l'accès qu'elle donne à une offre de services selon les diagnostics individuels de personnes considérées vulnérables, souscrit à une logique de médicalisation des problèmes sociaux (Parazelli, 2007) allant à l'encontre du modèle normatif de participation à la vie sociale (Bureau et Rist, 2013).

En effet, la réforme de 2004 a mis en place une nouvelle structure organisationnelle de services destinés prioritairement aux clientèles considérées vulnérables (personnes âgées, personnes ayant déficience intellectuelle ou physique, santé mentale, etc.). À partir d'un projet clinique imposé par le ministère, chacun des CSSS du Québec a dû définir une manière d'organiser leurs services de première ligne sur leur territoire en respectant certaines lignes directrices (MSSS, 2004b).

Ainsi, en misant sur des modèles d'intégration de services (Béland *et al.*, 2007, Couturier, Gagnon et Belzile, 2013), la réforme de 2004 a favorisé la généralisation des modèles de prise en charge de la vulnérabilité qui s'inscrivent en faux par rapport au mouvement d'émancipation des personnes handicapées en marche depuis les années 1970 (Fougeyrollas, 2010; Gaucher et Fougeyrollas, 2004). La gestion de cas comme modèle d'intervention, déjà couramment utilisée auprès des personnes de grand âge ayant de multiples problèmes de santé, est proposée comme la référence de choix à toutes les personnes recevant des services à domicile (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013).

Par conséquent, la catégorie de déficience physique et non celle, absente, de situation de handicap, se pose, selon cette logique au fondement de toute intervention. La prise en compte de l'environnement, c'est-à-dire les contextes particuliers dans lesquels s'expriment les limitations fonctionnelles de la personne, est absente.

Intervenant psychosocial : un rôle de pivot dans le programme DP

Les intervenants psychosociaux ont toujours été appelés à jouer plusieurs rôles dans les Centres locaux de santé et de services sociaux (Barbeau et Larivière, 2002). Depuis la réforme de 2004, cette diversité de rôles a été réduite au profit d'un rôle prépondérant, celui de gestionnaire de cas qui est devenu la figure emblématique de cette dernière réforme qui mise sur l'efficacité de ses réseaux intégrés de services (Couturier, Gagnon et Belzile, 2013).

Dans le programme-service DP, le poste d'intervenant pivot de réseau, un équivalent du gestionnaire de cas, a été institué pour mobiliser les ressources humaines et matérielles autour de la personne afin de répondre à ses besoins et pour soulager le système (ASSSL, 2011). Parce qu'elle a misé sur

l'installation de réseaux intégrés de services, la réforme de 2004 a ainsi consacré le rôle d'intervenant pivot en lui accordant une place centrale dans l'organisation des services et en l'attribuant en priorité aux travailleurs sociaux.

Dans le secteur du soutien à domicile, l'intervenant psychosocial en CLSC avait coutume de faire des suivis auprès des personnes et des familles (Matte, 2000). Face à un problème vécu par la personne, l'intervenant psychosocial pouvait offrir son expertise en relation d'aide pour aider celle-ci à retrouver un équilibre. Il y avait un travail de nature égalitaire et contractuelle, ce qui n'empêchait pas l'intervenant psychosocial de jouer un rôle de pivot au sein d'une équipe multidisciplinaire (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1999). Or, tandis que le rôle de pivot était secondaire à celui, fondamental, de professionnel en relation d'aide, il est aujourd'hui devenu prépondérant, à l'intérieur d'un modèle axé sur la prestation de services.

Selon ce dernier modèle, l'offre de services précède la demande particulière de la personne. L'intervenant pivot est ainsi « responsable de coordonner les services pour une personne et sa famille » (ASSSL, 2011 : 7). Mais, la réalité n'est pas la même en déficience physique qu'elle pourrait l'être auprès de personnes d'âge avancé que l'on considère en perte d'autonomie.

L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DANS LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

En 2010, dans les CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable, Bois-Francs, et Lucille-Teasdale, à Montréal, nous avons réalisé une recherche sur l'intervention psychosociale à l'intérieur du programme Déficience physique (Bergeron, 2011). Selon le cadre de référence présenté précédemment, nous avons voulu comprendre les pratiques psychosociales dans leur rapport à l'objectif de la participation sociale. Au total, douze entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de personnes-usagères et d'intervenants psychosociaux. Ce matériel nous a permis de produire des descriptions et des analyses contextualisées des pratiques psychosociales existantes. Nous utilisons ici des extraits des propos tenus par des intervenants, mais également des extraits de verbatim de personnes-usagères qui reçoivent des services du programme DP afin de donner un aperçu de la nature des pratiques psychosociales qui y sont développées.

Notre analyse met en évidence que la participation sociale des personnes-usagères (comme visée première et transcendante) apparaît peu comme finalité d'intervention recherchée par les intervenants psychosociaux du programme DP. Bien que l'adoption de la politique À part entière (OPHQ, 2009) était récente au moment de notre recherche, il est intéressant

de relever que l'organisation des services en CSSS ne semble pas soutenir le développement de pratiques s'orientant en ce sens. En effet, si nos analyses montrent des initiatives qui tendent vers la mise en lien des personnes-usagères avec les ressources de la communauté, celles-ci demeurent marginales.

Le contexte organisationnel semble conditionner en bonne partie les pratiques déployées. Les rôles et les mandats confiés aux intervenants sociaux limitent considérablement l'exercice de l'autonomie professionnelle (Larivière, 2007). Une logique gestionnaire, essentiellement tournée vers la prestation de services, semble par ailleurs fragiliser la relation de confiance avec les personnes-usagères du programme DP.

Pour rendre compte de la nature de l'intervention psychosociale qui a cours dans le programme DP, nous avons dégagé trois dimensions analytiques qui éclairent la pratique psychosociale. Une première tient à la perspective avec laquelle les intervenants psychosociaux se représentent leur travail avec les personnes-usagères. Une deuxième dimension met en lumière la compréhension qu'ont les intervenants psychosociaux de leur rôle et de leur mandat confiés par leur CSSS. Enfin, une troisième présente les ressentis et points de vue des personnes ayant une déficience physique par rapport à l'offre de services du programme DP.

Intervenants psychosociaux : des perspectives d'intervention

Dans le sens du PPH, les intervenants interviewés prennent l'initiative de construire des liens et de concevoir les personnes-usagères comme étant en relation avec leurs proches et leurs communautés d'appartenance. Par exemple, pour décrire son travail, Julie dira : « On a à faire les liens avec la communauté, avec d'autres services, avec d'autres ressources pour s'assurer qu'il y ait contact avec l'extérieur. »

L'enjeu de l'établissement d'une relation de confiance avec la personne-usagère apparaît aussi comme fondement de l'intervention psychosociale. La création du lien avec l'utilisateur s'avère, comme le fait valoir Jacinthe, préalable et au centre de l'intervention psychosociale :

La première chose, c'est vraiment de créer un lien qui est fort, de s'assurer qu'ils peuvent nous faire confiance et qu'on ne les force pas à faire des choses. Je pense que c'est vraiment travailler en équipe avec eux; si tu n'as pas créé de lien, ils ne vont pas te laisser entrer dans leur vie.

Toutefois, ce lien de confiance avec la personne est difficile à bâtir quand l'intervention souscrit davantage à une logique de prestation de services. Éric, autre intervenant, nous dira que certes « on parle de confiance, de liens de confiance, d'attachement », mais qu'en réalité, « le terme qu'on

pourrait utiliser » est celui « d'épisode de services : on donne le service et après, on tourne et on ferme ». Négligeant la relation d'aide, l'intervention psychosociale bascule, pour ainsi dire et pour reprendre les termes de Michel Chauvière (2011), vers un « commerce de services », d'où « des moins-values en termes de contenu de l'intervention, de savoir-faire ou d'éthique » (Chauvière, 2011 : 189).

Aussi, on observe chez les intervenants psychosociaux une tendance à fournir des outils aux personnes-usagères de manière à ce qu'elles puissent elles-mêmes agir sur leur situation. Éric exprime bien cette orientation : « Quand je vais à domicile, j'ai tout le temps un cartable avec les ressources [...]. Je leur donne du pouvoir aussi. Il y a certaines personnes qui aiment ça prendre la feuille et appeler ». On voit ici une volonté d'accompagnement au service du développement des capacités. Soucieux de la mise en lien des personnes-usagères avec leur communauté, cette perspective d'intervention s'arrime avec la conception anthropologique caractérisant le processus de production de handicap (PPH) (Fougeyrollas, 2010; OPHQ, 2009).

Cependant, une posture « gestionnaire de services » apparaît plus prégnante chez les intervenants psychosociaux rencontrés. Marie-Josée montre en effet comment la participation sociale ne représente pas une finalité première dans son intervention : « La participation sociale avec des handicapés, est-ce que mon boss me demande vraiment ça? Ce n'est pas un objectif premier! »

Le modèle de coordination de services prédomine. C'est lui qui semble présider à la manière de concevoir l'intervention psychosociale de première ligne en DP : « La mission, dira Julie, c'est de répondre aux besoins du client, à la bonne place, au bon moment, au moindre coût possible. »

Ainsi, loin des appartenances communautaires, l'univers de représentation de la personne en situation de handicap se restreint à son espace domiciliaire : « Mon rôle, dira Jacinthe, c'est de m'assurer que tout va bien, que tout fonctionne à domicile. » L'intervention tend ainsi à occulter les autres milieux de vie de la personne. Avec ce modèle gestionnaire implicite dans l'intervention, l'accompagnement axé sur la participation sociale disparaît au profit d'une logique d'offre institutionnelle de services.

Intervenants psychosociaux : rôle et mandat

La façon dont le CSSS définit le rôle des intervenants psychosociaux tend à restreindre leur pratique à la dimension d'une offre limitée et bureaucratisée de services. Les contraintes administratives et financières façonnent leur rôle au point, apparaît-il, de brimer leur autonomie professionnelle.

En effet, le rôle de l'intervenant, tel qu'il est défini par l'organisation en CSSS, apparaît difficile à assumer. Le modèle de coordination/gestion de services s'impose de plus en plus aux intervenants psychosociaux. Selon une pseudo-objectivisation des besoins, tout un système de contraintes, de restrictions et d'identification de besoins, les intervenants doivent, à l'aide de catégories administratives préétablies, justifier vis-à-vis les personnes-usagères leur travail :

On est pris, il faut attendre, il faut trouver des solutions dans l'attente, ce qui fait que, à un moment donné, ça devient étouffant, tout ça. (Julie)

On a un budget et il faut essayer de se débrouiller avec ça! Dans mon plan d'intervention, le résultat est dépendant des services que je vais pouvoir obtenir. (René)

C'est vraiment une justification de ce que tu fais. Et pour le justifier, il faut que tu rentres dans les cases. (Éric)

Enfin, comme nous l'avons souligné plus tôt, bien que développée dans le monde de la gériatrie, la perspective donnée par l'Outil d'évaluation multi-clientèle (OÉMC) s'impose, et cela, en dépit de sa pertinence mise en doute par des intervenants.

C'est sûr que l'OÉMC est l'outil de base pour tout. C'est un outil qui est conçu pour la clientèle gériatrique, mais on l'utilise quand même pour la clientèle avec un déficit physique, la clientèle DP. (André)

Jacinthe, une autre professionnelle travaillant dans le programme DP, va plus loin en affirmant que l'outil standardisé, à l'intérieur de l'OÉMC, est déterminant pour l'intervention : « Selon moi, pour les services, c'est l'Iso-SMAF qui décide. »

En somme, dans le processus d'intervention, l'OÉMC apparaît conditionner la manière de voir, mais surtout d'imposer une orientation aux interventions auprès des personnes ayant une déficience physique. Plus qu'un simple outil de travail, l'OÉMC semble façonner le rôle du professionnel psychosocial travaillant en déficience physique. Le travail de l'intervenant psychosocial se voit pour ainsi dire réduit à une fonction technique de dépistage des besoins d'une part, et de gestion des services destinés à y répondre, d'autre part.

Personnes-usagères : des sujets volontaires

De l'analyse des entrevues effectuées auprès des personnes-usagères du programme DP, il apparaît avec force que celles-ci sont des sujets volontaires, capables d'exprimer des opinions et de participer activement

à l'intervention.

Parfois, la personne-usagère prend l'initiative de l'intervention, pour obtenir une ressource par exemple. D'autre fois, face à une offre de services insatisfaisante, la personne-usagère exprime son désaccord et remet en question la façon de faire l'intervention. Écoutons ce que deux personnes-usagères ont à nous dire :

La travailleuse sociale, c'est moi qui l'ai demandée parce que là, je me questionnais beaucoup étant donné que je débute en fauteuil roulant et que je me retrouvais sans conjointe avec tout ça. (Sylvain)

Ce n'est pas mon choix, non, c'est le travailleur social. Il m'a donné une liste de personnes pouvant travailler à la maison, mais moi j'aurais aimé savoir si ces personnes-là sont des personnes fiables. (Johanne)

Pour Louis, quand l'offre ne lui convient pas, il préfère choisir à la baisse plutôt que d'avoir à subir une offre de services qui ne s'accorde pas à ses habitudes de vie :

Dans mon évaluation qui a eu lieu récemment, j'ai dit à mon intervenant : tu me donnes tant d'heures, moi j'en prends tant ! Parce que moi j'ai fait des choix, je trouve ça débile, mais c'est comme ça. Entre vous et moi, qui je vais trouver pour venir changer ma couche, au travail ou à la maison, pour une demi-heure ?

En résumé de cette partie, nous avons vu que certains éléments de pratiques peuvent se comprendre dans une perspective de collaboration avec les personnes-usagères et de mise en lien avec les ressources d'une communauté. Cette pratique s'accorde avec le modèle du PPH et s'inscrit selon un objectif de participation sociale. Toutefois, nous constatons que ces pratiques sont marginales, relevant plus de l'initiative de l'intervenant que de celles valorisées par l'organisation du programme-service. L'organisation actuelle en CSSS privilégie plutôt un rapport technico-administratif avec les personnes-usagères. Il s'agit, comme le disait une intervenante, de répondre « aux besoins du client, à la bonne place, au bon moment, au moindre coût possible ». (Julie)

Des intervenants se voient prisonniers d'un modèle qu'ils qualifient d'« étouffant » avec lequel il faut « se débrouiller » et qui, somme toute, sert à justifier une intervention à laquelle ils ne croient pas vraiment. Le modèle de gestion de services, par une objectivation des besoins, concrétisé par l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), en vient même, selon le regard de certains intervenants, à se substituer au jugement clinique : « c'est l'Iso-SMAF qui décide ». (Jacynthe)

Enfin, pour les personnes-usagères, il est important de pouvoir être entendues quand un besoin se fait pressant et de pouvoir exercer librement un choix sur les ressources qui sont mises à leur disposition. « Tu me donnes tant d'heures, moi j'en prends tant », affirme Louis qui tient à avoir son mot à dire. La volonté d'agir des personnes-usagères en tant que sujets sociaux est indéniable.

POUR UNE PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT VISANT LA PARTICIPATION SOCIALE

À la lumière de ces résultats, il apparaît opportun à ce stade de proposer quelques principes qui s'inscrivent résolument dans une perspective du PPH et qui favorisent le développement d'une pratique psychosociale visant la participation sociale. Il s'agit d'une telle intervention qui devrait prendre en compte la personne usagère et les contextes où elle évolue, son histoire, les ressources et les obstacles spécifiques qui se posent à elle (Bergeron, 2011). Au contraire d'une standardisation des besoins, il importe de favoriser la prise en compte de la subjectivité de la personne-usagère, afin que celle-ci puisse s'exprimer sur ses projets et ses aspirations, tout en tenant compte des contraintes qu'elle est susceptible de rencontrer (Fougeyrollas, 2010; OPHQ, 2010; Bureau et Rist, 2013).

Ainsi, dans une perspective d'inclusion, de solidarité et de participation sociale, nous proposons ici trois grands principes d'intervention prenant la participation sociale comme finalité. Il s'agit : 1) de reconnaître la personne en situation; 2) de solliciter la subjectivité de cette personne; et 3) de créer une alliance collaborative avec elle.

Reconnaître la personne-usagère en situation

Rappelons, comme nous l'avons vu précédemment, que la participation sociale (OPHQ, 2009) n'est envisageable, à court, moyen et long termes, que dans la mesure où l'intervention psychosociale se décentre de la déficience physique pour agir « avec » la personne-usagère aux prises avec diverses situations de handicap.

Comme nous l'avons observé, l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), qui se veut objectivant, est insuffisant pour prendre la pleine mesure des potentialités de la personne ayant une déficience physique. Comme Couturier, Gagnon et Belzile (2013) le font valoir, il est nécessaire

d'adjoindre une évaluation compréhensive à l'évaluation standardisée pour obtenir une bonne lecture de la personne ayant des limitations et requérant des services à domicile.

C'est pourquoi il est recommandé aux intervenants psychosociaux d'aller au-delà de la cueillette de données et de l'analyse proposées par l'OÉMC. Il est capital pour eux d'envisager la personne ayant une déficience physique comme une personne à part entière, vivant à l'intérieur d'une communauté. Cette personne est capable d'agir et d'exprimer son point de vue; elle doit participer activement à la planification de l'intervention.

La modification de l'OÉMC avec l'ajout d'une évaluation permettant de situer la personne dans son contexte de vie, tout en tenant compte de ses aspirations personnelles, est ainsi recommandée.

Solliciter la subjectivité de la personne-usagère

Dans l'organisation actuelle des services de première ligne, la prise en compte de la subjectivité est peu valorisée. L'évaluation globale réalisée à partir de l'OÉMC semble faire l'impasse sur les aspirations, les croyances et le vécu de la personne ayant une déficience physique. Par une recherche d'objectivité, cet outil standardisé élimine le point de vue de la personne pour dégager un portrait fonctionnel et normalisé de ses besoins, ce qui constitue alors une limite importante qu'il faut dépasser.

L'intervention psychosociale, en se ralliant à une éthique de solidarité comme le propose le travail social (Chénard et Grenier, 2012), devrait au contraire favoriser la rencontre intersubjective avec la personne-usagère en situation de handicap à domicile. Cette personne usagère devrait, pour ainsi dire, être considérée comme un sujet social, acteur en contexte.

Par-delà l'offre de services, une alliance avec la personne-usagère

La création d'une alliance collaborative, impliquant la personne usagère et son intervenant psychosocial autour d'objectifs d'intervention partagés, constitue un préalable important (OTSTCFQ, 2011). D'ailleurs, cette alliance proprement humaine, qui relève de l'éthique du travail social, devrait s'imposer à une offre prédéfinie de services, car celle-ci constitue un premier ferment pour la participation sociale.

Bartholomé et Vrancken (2004) posent d'ailleurs l'établissement de ce lien avec l'utilisateur comme étant au fondement même de l'intervention d'accompagnement auprès des personnes avec des limitations fonctionnelles.

Le cadre global des interventions d'accompagnement est, à leurs yeux, plus important que les contenus spécifiques des interventions. L'intervenant se pose avant tout dans un rapport de solidarité avec l'utilisateur.

Outre l'affirmation de ces deux auteurs, la Confédération des personnes handicapées du Québec (COPHAN) pose aussi la reconnaissance de l'hétérogénéité des personnes, de leurs valeurs et de leurs aspirations comme une revendication centrale au mouvement communautaire québécois des personnes handicapées (COPHAN, 2007).

Or, la création d'une alliance collaborative requiert d'éviter que l'expérience des personnes ayant des limitations fonctionnelles soit lue avec la seule lunette de la fragilité, du manque ou de la vulnérabilité. Cette alliance collaborative exige un sens toujours renouvelé par une interaction singulière impliquant la personne-usagère et l'intervenant (Gaucher et Fougère, 2004).

C'est pourquoi, faut-il le rappeler, dans l'intervention de première ligne dans le programme DP, l'alliance avec la personne en situation de handicap est capitale. Comme souligné dans ce que nous nommons « Reconnaître la personne en situation », cette alliance n'est possible que dans la mesure où la personne peut exprimer, à partir de sa situation particulière, ses besoins et ses aspirations personnelles. En ce sens, les outils de l'intervention, comme nous l'avons posé, devraient soutenir cette expression subjective, ce qui ne semble pas être le cas actuellement.

CONCLUSION

Au cours des trente dernières années, la société québécoise a évolué dans le sens d'une plus grande acceptation des différences et d'une meilleure intégration des personnes ayant des limitations fonctionnelles. Cette évolution a été rendue possible par l'adoption d'une législation progressiste et de mesures associées visant à permettre aux « personnes handicapées » de prendre une plus grande place dans la société. Avec l'adoption de la politique À part entière (OPHQ, 2009), la société québécoise a fait un pas de plus pour favoriser l'inclusion, la solidarité et le respect des choix des individus et des familles vivant des situations de handicap en lien avec une incapacité fonctionnelle.

Dans cette démarche, tous les principaux acteurs de la société québécoise, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, sont sollicités pour adapter leurs pratiques de façon à favoriser l'inclusion et la participation sociale des personnes ayant des limitations fonctionnelles. En CSSS, dans le programme DP, nous avons vu qu'il y avait méconnaissance de cette

volonté politique, mais aussi que des obstacles structureaux maintenaient les pratiques psychosociales dans une logique technico-administrative de compensation des incapacités des personnes dans un cadre domiciliaire.

Cette recherche et les conclusions qui en résultent sont à prendre avec précaution compte tenu du type de recherche que nous avons menée. La recherche nous éclaire néanmoins sur des éléments cruciaux à savoir que les conditions préalables, notamment les outils d'évaluation et de planification, de même que les pratiques psychosociales actuelles dans le programme DP, ne sont pas réunies pour soutenir adéquatement les personnes vivant des situations de handicap dans leur projet de participation sociale. Il est à espérer que d'autres chercheurs s'intéressent à la participation sociale des personnes ayant une DP et que les décideurs dans les CSSS encouragent le développement de pratiques inclusives prenant en compte la subjectivité de ces personnes dans le but de favoriser une pleine participation sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSSL – AGENCE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (2011). *Cadre de référence régional sur l'intervenant pivot : Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience*, Québec.
- BARBEAU, C. et C. LARIVIÈRE (2002). « L'apport des cadres de référence à la pratique professionnelle en CLSC », *Intervention*, vol. 56, n° 115, 96-102.
- BARRAL, C. (2004). « Du handicap à la situation de handicap : l'évolution conceptuelle », *ADSP, Actualité et dossier en santé publique*, n° 49, 16-19.
- BARTHOLOMÉ, C. et D. VRANCKEN (2004). « L'accompagnement des personnes handicapées en Belgique : un concept au cœur des nouvelles politiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, 98-111.
- BÉLAND, F., H. BERGMAN, P. LEBEL, S. HUMMEL. (2007). « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles : une expérience québécoise », dans Luc BORDELEAU, Marie-Josée FLEURY, Hung NGUYEN, Mireille TREMBLAY (sous la dir.), *La gouverne et la régulation des services de santé et services sociaux*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 219-243.
- BERGERON, D. (2011). « Personne en situation de handicap, soutien à domicile et intervention psychosociale dans le cadre du Programme Déficience physique à l'intérieur de deux centres de santé et de services sociaux du Québec », mémoire de maîtrise (École de service social), Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- BUREAU, M.-C. et B. RIST (2013). « La rationalisation gestionnaire contre la subjectivation : l'exemple de l'aide aux personnes handicapées », dans Céline BELLOT, Maryse BRESSON et Christian JETTÉ, *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 121-135.

- CMR – CENTRE MONTÉRÉGIEEN DE RÉADAPTATION (2014). L'approche clinique, en ligne, <http://www.cmrmonteregie.ca/decouvrez/readaptation/approche_clinique>, consulté le 5 mai 2014.
- CHAUVIÈRE, M. (2011). *L'intelligence sociale en danger. Chemins de résistance et propositions*. Paris, La Découverte.
- CHÉNARD, J. et J. GRENIER (2012). « Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité », *Intervention*, n° 136, 18-29.
- COPHAN – CONFÉDÉRATION DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2007). Avis sur les orientations 2007-2012 relatives aux standards d'accès, de continuité et de qualité pour le programme-services déficience physique, en ligne, <<http://www.cophan.org/dossiers.htm>>, consulté le 8 mai 2009.
- COUTURIER, Y. D. D. GAGNON, et L. BELZILE (2013). « La gestion de cas comme analyseur des paradoxes de la nouvelle gestion publique », dans Céline BELLOT, Maryse BRESSON et Christian JETTÉ, *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 105-120.
- EX AEQUO (2010). *Inclusion sociale et services de soutien à domicile : une question de justice*, Recherche-action 2009-2010, en ligne, <http://www.exaequo.net/IMG/pdf/rapport_final_sad.pdf>, consulté le 8 mai 2009.
- FOUGEYROLLAS, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- FOUGEYROLLAS, P. et J. TREMBLAY (2006). *Piloter son projet de vie et participer socialement; les finalités attendues de l'OÉMC pour les personnes en quête d'autonomie*, Rapport final présenté au comité scientifique pour l'évolution de l'OÉMC, gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).
- FOUGEYROLLAS, P., BEAUREGARD, L., GAUCHER, C. et N. BOUCHER (2004). « L'inaccessibilité aux services et aux compensations financières pour les personnes qui ont des incapacités et leurs proches : le point de vue d'organismes de défense des droits. », *Développement humain, handicap et changement social*, vol. 13, n° 2, 75-85.
- GAUCHER, C. et P. FOUGEYROLLAS (2004). « Construire la différence et reproduire la vulnérabilité : le cas des personnes handicapées », dans Francine AILLANT, Michèle CLÉMENT et Charles GAUCHER (sous la dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Québec, Éditions Nota Bene, 127-154.
- HÉBERT, R., GUILBEAULT, J., DESROSIERS, J. et N. DUBUC (2001). « The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people », *Journal of the Canadian Geriatrics Society*, vol. 4, 141-147.
- KINCHELOE, J. L. et P. MCLAREN (2005). « Rethinking critical theory and qualitative research », dans Normand K. DENZIN et Yvonna S. LINCOLN (sous la dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Third Edition, Thousand Oaks, Sage Publications, 303-342.

- LARIVIÈRE, C. (2007). « La transformation des structures par la nouvelle gestion publique : évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation », dans Éveline BAILLERGEAU et Céline BELLOT (sous la dir.), *Les transformations de l'intervention sociale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 53-69.
- MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Plan d'action 2011-2014 pour l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées*, Québec, MSSS.
- MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, MSSS.
- MSSS – MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal, Québec, MSSS.
- OPHQ – OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2010). *Adapter sa pratique professionnelle à l'égard des personnes handicapées : document de synthèse et d'accompagnement*, Québec, OPHQ.
- OTSTCFQ – ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX et DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX et FAMILIAUX DU QUÉBEC (2011). *Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social*, Québec, OTSTCFQ.
- OMS – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, Paris, CTNERHI-INSERM.
- PARAZELLI, M. (2007). « L'empowerment : De quel pouvoir s'agit-il? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 1-12.
- PIRES, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans Jean POUPART (sous la dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, 113-169.
- WOLFENBERGER, W. (1972). « *The Principle of Normalization in Human Services* », Toronto, National Institute on Mental Retardation.