

Nouvelles pratiques sociales



La recherche sociale et la politique de la santé et du bien-être

Hector Ouellet

Volume 7, numéro 1, printemps 1994

L'arrimage entre le communautaire et le secteur public

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301261ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301261ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ouellet, H. (1994). La recherche sociale et la politique de la santé et du bien-être. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 199–205.
<https://doi.org/10.7202/301261ar>



La recherche sociale et la politique de la santé et du bien-être

Hector OUELLET
École de service social
Université Laval

Pour les chercheurs et chercheuses, la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, 1992) constitue un tournant majeur dans l'évolution du système de santé et de services sociaux. En effet, les buts et les objectifs que cette politique poursuit de même que les valeurs qu'elle véhicule sont de nature à changer fondamentalement le champ de la santé et des services sociaux. Pour fonder cette affirmation, qu'il suffise de relever quatre éléments :

1. Cette politique souligne avec force que les phénomènes sociaux et les conditions de vie sont tout autant (sinon plus) reliés à la maladie que ne le sont les phénomènes biologiques ou la capacité des services de santé à répondre aux besoins des personnes.
2. Elle propose que le système de services soit dorénavant jugé par les résultats atteints plutôt que par le volume des ressources consommées ou par les processus utilisés.
3. Elle considère que le bien-être de la population est le résultat de l'action de l'ensemble des acteurs sociaux plutôt que de l'intervention d'un seul ministère.
4. Elle privilégie les stratégies et les interventions visant le maintien des clientèles dans leur milieu naturel.

Bien que déjà reconnue par divers analystes ainsi que par les intervenants et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, c'est la première fois que les pouvoirs publics retiennent cette orientation et la font leur dans un document officiel. En conséquence, l'impact du changement que propose cette politique ne doit pas être sous-évalué, de même les résistances qu'elle ne manquera pas de soulever. Toutes ces considérations justifient la nécessité de développer la recherche pour soutenir l'implantation de la politique sur le terrain*.

L'importance de la recherche pour l'implantation de la Politique

Pour qui sait comment cette politique a été élaborée, on peut affirmer sans conteste que la recherche constitue le fondement même de la politique : il est frappant de constater, à la lecture du document, que l'énoncé des 19 objectifs et des 6 stratégies propose des axes et des questions de recherche à développer.

Nous pouvons dégager deux constats de cette observation. Le premier, c'est la reconnaissance évidente de la recherche pour encadrer la mise en place de la politique ; négativement, c'est comme s'il était sous-entendu que la politique restera lettre morte si elle n'est pas revivifiée constamment par une recherche qui vient préciser les problématiques, valider et organiser les pratiques, évaluer l'impact des interventions. Deuxième constat : cette proposition d'arrimer la recherche aux objectifs et stratégies de la politique de la santé et du bien-être structurera le champ de la recherche au Québec au cours des dix prochaines années. Déjà, on a vu le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) aligner leur programmation sur les orientations proposées par cette politique.

En somme, parmi les virages que suggère la politique à l'ensemble du système de santé et de services sociaux, il y a aussi celui, implicite certes, mais

* Le texte qui suit reprend les éléments essentiels d'un mémoire présenté récemment à la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Québec par le Centre de recherche sur les services communautaires, dans le cadre de la consultation faite sur les priorités de santé et de bien-être. Le Centre de recherche sur les services communautaires a été créé en 1985 à l'initiative de la Fédération des CLSC du Québec et de l'Université Laval. En 1989, l'Association des centres de services sociaux du Québec (aujourd'hui l'Association des Centres Jeunesse du Québec) se joignait aux deux premiers partenaires. Ce centre s'est développé grâce au partenariat entre le milieu universitaire et le milieu des services, avant même que la notion de partenariat ne devienne à la mode. Actuellement, le CRSC regroupe 29 chercheurs et chercheuses, provenant de six départements et écoles de l'Université Laval; 24 professionnels et professionnelles de recherche ont collaboré avec le centre au cours de 1992-1993. De plus, le CRSC est constitué de trois équipes et d'un groupe associé de recherche. Monsieur Hector Ouellet est le directeur du CRSC depuis le début.

combien important, que la recherche ne soit plus considérée comme un luxe ou un appendice du système mais qu'elle se situe dorénavant au cœur de la gestion. De ce point de vue, il ne suffira plus de s'en tenir aux programmes et aux pratiques en vigueur : il sera nécessaire de les transformer en les adaptant continuellement, grâce à une meilleure connaissance des problèmes et des conditions d'efficacité des interventions.

On n'a pas encore pris toute la mesure de ce changement de paradigme et, notamment, de la place que doit prendre la recherche : une telle trajectoire est à définir à la fois par les gestionnaires et par les chercheurs et chercheuses. De nouveaux réflexes sont à développer, des stratégies d'échanges doivent progressivement s'élaborer. De cette optique, deux thèmes retiennent notre attention : 1) le rapport entre le système de services et les groupes les plus vulnérables aux prises avec des inégalités de santé et de bien-être ; 2) le renforcement des milieux naturels.

Les inégalités de santé et de bien-être, ou le butoir du système de services ?

Une des principales conclusions faites par la politique est le maintien des inégalités de santé et de bien-être au sein de la population. Tous les grands documents produits par le Ministère l'ont répété, le rapport de la Commission Rochon étant le dernier en liste. La politique reprend cette conclusion à son compte mais pour proposer au système d'en faire un de ses leitmotivs : agir pour et avec les groupes vulnérables. L'enjeu est de taille : si la guerre à la pauvreté a été lancée dans les années 60, elle n'a toujours pas été gagnée. Le plan d'implantation de la politique prévoit que le Ministère élaborera, de concert avec ses partenaires, un autre plan de lutte à la pauvreté.

L'accent mis sur la stratégie d'agir pour et avec les groupes vulnérables illustre une fois de plus la grande difficulté du système de services à le faire ! Plusieurs travaux de recherche démontrent clairement et de diverses façons que le système de services rejoint très mal les populations dites défavorisées, notamment pour des raisons de dissonances culturelles. Concrètement, ces travaux ont fait valoir, entre autres, que les jeunes adultes (hommes et femmes de 18-30 ans) n'ont qu'une propension marginale à faire appel aux services autres que ceux touchant à la santé physique (Lépine et Ouellet, 1992). D'autres recherches ont démontré que programmes de périnatalité rejoignent difficilement les populations les plus à risques (Clément, 1989) ; que les risques tendent à se superposer ou à se concentrer sur les mêmes personnes et que la violence tend à se retrouver chez les personnes qui cumulent plusieurs risques de santé et de bien-être.

De ces observations, nous induisons la nécessité fondamentale et urgente de mieux comprendre les rapports entre le système de services et ces catégories de populations.

Le renforcement des milieux naturels, ou une stratégie bonne pour hier ?

Les orientations de la politique de la santé et du bien-être accordent une importance particulière au renforcement des milieux de vie comme stratégie d'intervention et, entre autres, au renforcement de la famille. Cette stratégie est particulièrement indiquée eu égard à deux clientèles prioritaires : les personnes âgées et les jeunes.

Les personnes âgées

On sait que les personnes âgées désirent vivre le plus longtemps possible à domicile. De fait, les proches, et principalement la famille immédiate, accordent de 70 à 80 % de l'aide totale fournie aux personnes âgées, en comptabilisant celle de l'État et des autres ressources communautaires ou privées. Or, deux facteurs risquent d'éroder ce support : la diminution prochaine du nombre d'adultes pouvant apporter du soutien à une personne âgée ; l'éclatement des familles qui remet en question les solidarités familiales traditionnelles à l'endroit des aînés. À notre avis, il importe de bien documenter l'interface entre le réseau des services institutionnels de soutien à domicile et l'aide fournie par les familles et les communautés, en tenant compte des capacités et des limites de ces derniers.

À ce sujet, le Centre de recherche sur les services communautaires (CRSC) a réalisé plusieurs recherches portant sur la question du soutien à domicile des aînés. Elles ont permis de mettre en lumière des tendances qui remettent en question certaines orientations gouvernementales (ou pratiques dans le milieu des services) visant à transférer aux familles et aux communautés la responsabilité de personnes âgées en perte grave d'autonomie. Ces études dévoilent les tendances suivantes :

- S'il est vrai que 90 % des aidants et aidantes naturels sont des membres de la famille immédiate, il n'en demeure pas moins que le soutien dit « familial » repose très souvent sur un seul membre de la famille (généralement une femme) qui assume toute la responsabilité et s'acquitte de toutes les tâches de soutien. De plus, ces recherches démontrent qu'assez souvent, cet aidant naturel est isolé du reste de la famille et ne reçoit que peu de support de la communauté.

- Tant les bénéficiaires âgés de services à domicile que leurs aidants familiaux apprécient grandement les services à domicile des CLSC ; sans cet appui, les aidants naturels renonceraient parfois à assumer cette responsabilité. Par ailleurs, ils estiment que l'aide qu'ils reçoivent est généralement insuffisante. L'attention que requiert la personne âgée en sérieuse perte d'autonomie cadre mal avec l'éparpillement des ressources où il faut donner le minimum de services au plus grand nombre : au contraire, l'appui du CLSC à ces familles devrait être solide, constant et intensif.
- Les aidants familiaux réclament de l'État davantage de services de répit et de dépannage pour assumer leurs tâches de soutien.
- L'entretien ménager est désigné comme un service nécessaire au soutien à domicile, tant par les personnes âgées que par leurs aidants familiaux. Or, l'État a choisi récemment de retirer ce service de la liste de ceux relevant de sa responsabilité. Cette décision nous apparaît très regrettable, puisque le risque d'hébergement institutionnel chez les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile tient tout autant à l'absence de services d'aide à domicile et à des facteurs sociaux qu'à leurs conditions de santé.

En somme, nous croyons que la stratégie du renforcement des milieux naturels doit être pensée et organisée en tenant compte des déterminants et des tendances lourdes qui minent son efficacité potentielle. Ainsi, nous croyons que les familles ne sauront devenir des partenaires efficaces des services publics dans le soutien à domicile, sans ressources additionnelles de répit et de gardiennage, sans une stratégie d'intensification de services à domicile, sans des services d'entretien ménager couverts par l'État dans les plans de services individualisés.

Les jeunes et les familles en transition

Dans le champ d'intervention auprès des jeunes et des familles, le CRSC a développé un important programme de recherches autour de la thématique des jeunes et des familles en transition, en étudiant de façon particulière les problématiques de la séparation parentale et du placement d'enfants. L'éventail des recherches porte sur la prévention de la détérioration des liens et des rôles familiaux (par le soutien parental, l'amélioration de la communication parents-enfants et des habiletés parentales), la protection des liens et des rôles familiaux dans les transitions (maintien des liens lors des placements ou gestion de la rupture lorsque nécessaire, gestion de la séparation parentale et protection du projet de vie de l'enfant), et la réadaptation (responsa-

bilisation des jeunes et des parents dans la reprise de leurs liens et rôles familiaux, amélioration des relations familiales pour éviter de nouvelles ruptures ou de nouveaux placements).

Au seul énoncé de ces objets de recherche, on se rend compte que la stratégie de renforcement de la famille, tout particulièrement lorsqu'elle vit une transition majeure, requiert une analyse approfondie, diversifiée et globale pour orienter l'organisation des services et des pratiques. Dans ce cas-là comme dans d'autres, la bonne volonté des intervenants ou les intuitions des planificateurs ne suffit pas.

Globalement, compte tenu de l'importance accordée dans la politique aux stratégies d'agir pour et avec les groupes vulnérables et de renforcer les milieux naturels, nos recherches nous conduisent à recommander que la planification fine de ces stratégies requière l'éclairage de la recherche. On ne devrait plus accepter de ne pas trouver de réponses à une question qui nous est posée, à un obstacle que la réalité oppose à nos bonnes intentions ou à l'insuccès qu'il arrive à nos programmes de connaître.

Nous avons insisté sur deux stratégies de la politique, tout comme nous avons attiré l'attention sur une partie de nos activités de recherche. Notre intention, ici, n'était pas d'être exhaustif, mais d'illustrer l'éclairage que la recherche peut jeter sur des stratégies centrales de la politique de la santé et du bien-être.

CONCLUSION

Tout récemment, lors d'un colloque organisé par l'Association de santé publique du Québec, monsieur Jean Rochon donnait une conférence au titre fort diplomatiquement choisi : « Pour une renaissance de la santé publique ». Il a proposé comme nouveau défi à la santé publique de considérer les enjeux majeurs du système de services comme la question de la violence et de la priorité qui doit être accordée aux groupes marginaux et vulnérables. Il signalait en outre que la santé publique n'est pas trop avancée dans la recherche de solutions à ces problèmes dont on ne peut mésestimer l'importance. C'est aussi le sens de nos propos qu'il faut cheminer dans cette direction.

Pour résumer en quelques lignes cet article, nous allons utiliser une métaphore. Dans le champ de la santé et du bien-être, on a trop souvent eu tendance à considérer la recherche comme l'équivalent de la sculpture dans le monde de l'architecture : on l'expose dans le hall d'entrée des édifices à bureaux comme un bel accessoire. La politique de santé et du bien-être se démarque heureusement d'une telle vision réductionniste : au contraire, elle

situé d'emblée la recherche dans la structure même de l'édifice. Dans cette optique, la qualité et la pertinence des services reposent d'abord et avant tout sur les résultats de recherches.

À partir d'une telle conception, la collaboration à la production de recherches, la référence à des recherches, le souci de définir des questions et des objets de recherche, doivent devenir partie intégrante des activités courantes des gestionnaires, des praticiennes et des praticiens. Nous n'en sommes pas encore là, évidemment, mais c'est le défi auquel nous convie la politique de la santé et du bien-être.

Bibliographie

- CLÉMENT, M. (1989). *Périnatalité au CLSC Le Norois : Satisfaction et facteurs de risques*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- LÉPINE, R. et H. OUELLET (1992). *La recherche d'aide chez les jeunes adultes en difficulté au CLSC Pontiac. Pour mieux comprendre et intervenir*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 191 p.