

INTERVENTION

DÉFIS ACTUELS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES ET DES FAMILLES



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

Défis actuels de l'intervention auprès des couples et des familles

Présentation

par Éric Couto 3

■ PARTIE THÉMATIQUE

Accompagner les familles en contexte de pauvreté et de négligence : quelques repères et défis

par Amnon Jacob Suissa 5

Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières

par Christiane Guay 17

M'aides-tu pareil? Proche aidance, diversité sexuelle et enjeux de reconnaissance

par Patrick Lavigne et Josée Grenier 29

Ghosts internalized : The role of attachment in spousal bereavement

par Deborah Salmon 41

Le travail du générationnel : transmission à travers et entre les générations

par Catherine Bélanger Sabourin 53

■ PARTIE HORS THÉMATIQUE

Bien dans mes baskets : analyse d'un programme d'intervention psychosociale par le sport

par Audrey Gonin, Martin Dusseault et Jacques Hébert 65

■ PISTES DE LECTURE

Le soutien aux familles d'enfants gravement malades: regards sur des pratiques novatrices

sous la direction de Manon Champagne, Suzanne Mongeau et Lyse Lussier

commenté par Annie Gusew 79

La relation d'aide au cœur de l'intervention

de Carole Ouellet

commenté par Joanie Robidoux 81

Social Work : The rise and fall of a profession ?

de Steve Rogowsky

commenté par Claude Lavoie 83

Politique éditoriale 85

Editorial Policy 87

Appel à contributions No. 143 89

MEMBRES DU COMITÉ ÉDITORIAL

Éric Couto, T.S., Ph.D. (c.), École de service social, Université Laval, Président du comité éditorial

Marilyn Baxter, T.S., M.Sc., Chef d'équipe à la petite enfance et adulte santé mentale, Services communautaires de langue anglaise du Jeffery Hale Hospital

Marc Boily, T.S., Ph.D., Professeur, Département de travail social, Université du Québec à Rimouski

Isabelle Bouchard, T.S., M.Sc., Coordinatrice et agente de stage, Département des sciences appliquées (unité d'enseignement en travail social), Université du Québec à Chicoutimi

Denis Bourque, Ph.D., Professeur, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCO)

Nathalie Delli-Colli, T.S., Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Sherbrooke

Claude Lavoie, T.S., Ph.D. (c.), École de service social, Université d'Ottawa

Joanie Robidoux, T.S., Coordinatrice Planetree, Centre gériatrique Maimonides Donald Berman, Montréal

LECTEURS ASSOCIÉS

Christiane Bergeron-Leclerc, T.S., Ph.D., Professeure, Département des sciences humaines (unité d'enseignement travail social), Université du Québec à Chicoutimi

Catherine Bolduc, T.S., M.Sc., Option, une alternative à la violence familiale et conjugale, Montréal

Josée Chénard, T.S., Ph.D.(c.), Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais

Geneviève Cloutier, T.S., Ph.D., Courtière en connaissances, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Jean-Martin Deslauriers, T.S., Ph.D., Professeur, École de service social, Université d'Ottawa

Henri Dorvil, T.S., Ph.D., Professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal

Josée Grenier, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, St-Jérôme

Stéphane Grenier, T.S., Ph.D., Professeur, Département de travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Val d'Or

Christiane Guay, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Gatineau

Annie Gusew, T.S., M.Sc., Professeure, École de travail social, Université du Québec à Montréal

Sandra Juneau, T.S., Ph.D. (c.), Professeure, co-responsable de la formation pratique, Département des sciences humaines, unité d'enseignement en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

Claude Larivière, T.S., Ph.D., Professeur associé, École de service social, Université de Montréal

Louise Mantha, T.S., M.Sc., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda

Julie Nadeau, T.S., M.Sc., Responsable de la formation, Emergensys solutions inc.

Lise Pelletier, T.S., Ph.D. (c.), Professeure, co-responsable des programmes en art-thérapie, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Émilie Rousseau-Tremblay, T.S., M.Sc., CSSS-Haut-Rouville

Marie Senécal Emond, T.S., Ph.D., Psychanalyste

COLLABORATEURS CANADIENS ET INTERNATIONAUX

Jean-Michel Bonvin, Ph.D., Professeur adjoint, Département de sociologie, Université de Genève

Cécile Coderre, Ph.D., Professeure, École de service social, Université d'Ottawa

Marie Drolet, T.S., Ph.D., Professeure, École de service social, Université d'Ottawa

Marc Fourdrignier, Ph.D., Enseignant-chercheur au CEREP (Centre d'Études et de Recherche sur l'Emploi et les Professionnalisations), Université de Reims Champagne-Ardenne

Bernard Fusulier, Ph.D., Professeur de sociologie, Université catholique de Louvain

Stéphane Richard, T.S./T.S.I., Ph.D., Professeur, École de service social, Université Laurentienne

David Laloy, Ph.D., Professeur, Haute École de Louvain en Hainaut, Belgique

Paul Lodewick, Centre de Ressources pour le Social, Haute École de Louvain en Hainaut, Belgique

Marc Rouzeau, Ph.D. (c.), Professeur associé à l'Institut d'études politiques de Rennes

Sébastien Savard, Ph.D. Professeur, École de Service social, Université d'Ottawa, Canada

PERSONNES RESSOURCES

Sarah Boucher-Guèvremont, T.S., M.Sc., Rédactrice en chef, OTSTCFQ

Luc Trottier, Directeurs des communications, membre d'office, OTSTCFQ

Lucie Borne, Secrétaire à la rédaction, OTSTCFQ

Denise Bernard, indexation

Jean-François Huchard, révision linguistique

Marie-Andrée Gonin, révision linguistique, traduction

Lithographie SB, mise en page et impression

NB – Les articles publiés dans cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et n'expriment en rien les points de vue de l'Ordre. La reproduction en tout ou en partie du contenu de cette revue est permise à la condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec – Bibliothèque et Archives Canada – ISSN 0713-4290
Poste publication convention 1502662

La revue *Intervention* est indexée dans *Repère* et dans *Social Services Abstracts*

Présentation

par

Éric Couto, T.S., Ph.D.(c), Université Laval

Tous issus d'une famille, cette dernière est la source de notre histoire. Bien sûr, nous pouvons penser aux blessures ou aux manques qu'éprouvent les enfants issus de familles dysfonctionnelles ou défavorisées et des traces laissées par ce vécu une fois parvenus à l'âge adulte. Cependant, la famille est aussi un des principaux lieux de solidarité pour les individus. Par différents mécanismes, nous y apprenons à faire confiance, ou non, sommes exposés à différentes valeurs, certaines répudiées à l'adolescence, mais très intégrées à cette identité qui est la nôtre. En ce sens, nous portons tous et toutes les marques de notre famille.

Lorsqu'à titre de comité éditorial de la revue *Intervention*, nous avons rédigé l'appel à contributions à l'origine du présent numéro, notre désir était non seulement de proposer un sujet qui rejoigne un grand nombre de travailleurs sociaux et de thérapeutes conjugaux et familiaux, mais surtout de mettre en lumière la diversité des interventions possibles auprès des familles. Dans une liste non exhaustive, nous avons, entre autres, recensé des éléments liés aux transformations des modèles familiaux, aux rôles des pères et des mères ainsi qu'aux difficultés éprouvées par les proches aidants. Nous avons aussi énoncé différentes problématiques sociales appelant, de près ou de loin, à des interventions auprès des familles : pauvreté, enjeux entourant l'éducation à l'enfance et la périnatalité, développement des compétences parentales, violence conjugale et familiale, protection de la jeunesse, recompositions familiales à la suite d'une rupture d'union, etc.

Après évaluation des propositions reçues, la portion thématique comporte cinq articles qui abordent autant de réalités différentes de l'intervention familiale. D'abord, les deux premiers articles s'intéressent à deux réalités familiales particulières. D'une part, avec « Accompagner les familles en contexte de pauvreté et de négligence : quelques repères et défis », Amnon Jacob Suissa propose un texte où le lecteur pourra apprécier en quoi ces deux variables peuvent créer une réalité qui exige doigté et nuances en intervention. D'autre part, « Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières » de Christiane Guay fournira des informations précieuses à quiconque est soucieux de travailler selon une approche interculturelle avec les familles des premières nations. Dans les deux cas, les lecteurs pourront certainement réfléchir à la façon dont le contexte sociohistorique et matériel des personnes influence la réalité des familles; mais surtout sur la nécessité de demeurer vigilant face à certains jugements de valeur dans un contexte d'intervention auprès de ces familles.

Par la suite, bien que les troisième et quatrième articles ne traitent pas de réalités exclusivement liées au contexte de fin de vie, leurs sujets sont indissociables de ce contexte. D'abord, avec « M'aides-tu pareil ? Proche aidance, diversité sexuelle et enjeux de reconnaissance », Patrick Lavigne et Josée Grenier mettent en lumière, à partir d'une étude de cas, certaines difficultés que peuvent rencontrer les personnes homosexuelles lorsqu'elles agissent comme principal proche aidant de leur conjoint(e) âgé(e). Puis, avec « Ghosts Internalized : The role of attachment in Spousal Bereavement », Deborah Salmon propose une lecture originale des enjeux du deuil conjugal par le prisme de l'attachement que nouent deux conjoints au fil de leur relation.

En ce qui concerne le cinquième et dernier article thématique « Le travail du générationnel : transmission à travers et entre les générations », Catherine Bélanger Sabourin vous propose de jeter un regard au sein même des familles en ayant recours aux notions de l'auteur Alberto Eiguer dans son ouvrage *Le Générationnel*. Principalement basée sur une approche psychanalytique, cette contribution

suggère des pistes afin de mieux comprendre les mécanismes d'influence entre les générations au sein d'une même famille.

Le présent numéro comporte également un article, qui bien que hors thématique, n'est pas non plus éloigné des réalités familiales. En effet, avec « Bien dans mes baskets : analyse d'un programme d'intervention psychosociale par le sport », Audrey Gonin, Martin Dusseault et Jacques Hébert vous proposent une incursion au cœur d'une école secondaire où des intervenants ont élaboré un programme d'intervention et d'implication dans la communauté par le sport auprès des jeunes à risque de décrochage. Ainsi, en utilisant la pratique du basketball et l'appartenance à un programme, plusieurs leviers apparaissent afin d'outiller ces jeunes souvent issus de familles fragilisées.

Pour conclure, le comité éditorial vous propose trois pistes de lecture portant sur les ouvrages suivant : *La relation d'aide au cœur de l'intervention* de Carole Ouellet ; *Le soutien aux familles d'enfants gravement malades : regards sur des pratiques novatrices*, ouvrage sous la direction de Manon Champagne, Suzanne Mongeau et Lyse Lussier et, *Social work : The rise and Fall of a Profession?* de Steve Rogowsky. Nous espérons que le travail de nos recenseur(e)s saura susciter votre intérêt pour ces écrits qui abordent différents aspects de nos professions.

Sur ce, au nom du comité éditorial, je vous souhaite une fructueuse lecture.

A handwritten signature in black ink, reading "Éric Couto" with a stylized flourish at the end.

Éric Couto, M.S.S., T.S.
Président du comité éditorial

Accompagner les familles en contexte de pauvreté et de négligence : quelques repères et défis¹

par

Amnon Jacob Suissa, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal
suissa.amnon@uqam.ca

RÉSUMÉ :

Intervenir en contexte de pauvreté et de négligence est un processus complexe qui nécessite souvent un doigté clinique et thérapeutique de la part du travailleur social. Est-il pensable d'accompagner les familles en contexte d'exclusion sociale, de pauvreté et de négligence tout en incluant les déterminants sociaux qui génèrent ces conditions? Peut-on voir les familles comme porteuses de compétences malgré le fait qu'elles puissent vivre des difficultés importantes? Sans prétendre répondre à tous les enjeux sous-jacents à cette réalité multifactorielle et complexe, cet article présente certains résultats de recherches et projets entourant l'intervention avec les familles en contexte de négligence. L'importance du regard posé par les travailleurs sociaux sur les compétences de ces familles et du support pour développer leurs capacités d'agir (empowerment) est également abordée.

MOTS-CLÉS :

familles, intervention, pauvreté, négligence, développement du pouvoir d'agir

INTRODUCTION

La relation entre famille et intervenant est fondamentalement axée sur une dynamique de pouvoir dans la mesure où l'intervenant a généralement le pouvoir de définir la situation et de gérer, jusqu'à un certain point, le processus thérapeutique au moyen du mandat institutionnel, du savoir, voire du contrôle (Suissa, 2015). Ainsi comprise, l'intervention ne relève pas d'une neutralité en soi, mais s'inscrit dans une relation complexe où plusieurs facteurs entrent en jeu. Si l'intervention sociale est souvent conceptualisée comme une relation d'aide qui renforce l'image de deux personnes, soit l'aidant et l'aidé, il n'en demeure pas moins que la relation thérapeutique constitue une rencontre de *deux systèmes psychosociaux* où chacun des acteurs n'est pas un individu isolé, mais agit comme représentant de ses relations sociales, de ses valeurs et des normes qui lui sont propres (Amiguet, Julier, 2004; Racine, 2000). Cette réalité peut se traduire par une dialectique dans l'acte thérapeutique et clinique, dans la mesure où l'intervenant peut axer son intervention sur le potentiel des membres de la famille et de leur pouvoir d'agir ou sur un contrôle social des problèmes compris comme des carences à normaliser.

Changements sociaux et nouvelles réalités familiales

Parmi les changements sociaux et familiaux importants par rapport aux années 1940-1950 au Québec, on peut noter que, si neuf personnes sur dix se mariaient avant l'âge de 50 ans, le mariage aujourd'hui se termine en divorce trois fois sur quatre et continuera à décroître au profit des unions

¹ Veuillez prendre note que l'auteur de cet article reprend certains extraits du chapitre du livre publié en 2007 et intitulé « Intervention auprès des familles et des proches : repères psychosociaux », dans Deslauriers, J.-P. et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social*, PUL.

libres (Côté, Côté, Lévesque, 2012 : 22). La durée des mariages s'amenuise et 63 % des enfants québécois sont nés hors de l'institution du mariage. Cette forme conjugale oscille autour de 30 % au Québec alors qu'elle n'atteint que 8,2 % dans le reste du Canada (Dandurand, 1991). Selon Côté et Caron (2004), les couples mariés ne formaient plus que 58 % de l'ensemble des couples, les unions libres 25 % et la moyenne d'enfants par famille oscillait entre 1,55 au Québec, et 1,73 en moyenne, pour le reste du Canada. Au 1^{er} juillet 2013, la population du Québec était estimée à 8 155 300 personnes, mais la croissance de la population était inférieure à celle du reste du Canada avec un poids démographique en baisse à 23,2 % (Institut de la statistique du Québec, 2013). Selon cette même source, la population québécoise comptait une proportion un peu plus grande de femmes (50,3 %) que d'hommes (49,7 %). La part des 65 ans et plus continuait d'augmenter et se situait à 16,6 % en 2013. Les moins de 20 ans représentaient 21,1 % et les 20-64 ans comptaient pour 62,3 %. Le nombre de mariages entre conjoints de sexe opposé est passé de 22 410 en 2011 à 22 960 en 2012, tandis que le nombre de mariages entre conjoints de même sexe est passé de 493 à 530 pour la même période. Depuis leur autorisation, en 2004, les mariages entre conjoints de même sexe comptaient pour environ 2 % des mariages célébrés chaque année. En 2012, on comptait 269 mariages entre femmes et 261 mariages entre hommes.

Alors que la majorité des familles est encore constituée de deux parents et des enfants issus de leur union, près du quart des familles est sous la responsabilité d'un seul parent et près de 10 % sont des familles recomposées. Ces conditions de séparation parentale et de recomposition familiale soulèvent de grands défis, non seulement pour les parents, mais également pour les jeunes qui doivent composer avec des séparations et des recompositions familiales parfois très nombreuses durant leur émancipation. Certains estiment que la séparation des parents est un soulagement face aux conflits et aux disputes, d'autres vivent cela comme une perte sur les plans relationnel, affectif et financier. Rappelons que la séparation des parents n'est pas en soi un problème pour le développement des enfants, c'est plutôt *la façon* dont ils se séparent qui aura un impact négatif sur ce développement (conflits, abus).

Dans un livre sur les enfants du divorce de la chercheuse américaine Elizabeth Marquardt (2006), des questions éthiques issues de ces transformations familiales sont soulignées. Cette chercheuse reconnaît l'importance du droit d'être parent pour les donneurs de sperme, les mères porteuses et les couples homosexuels, mais déplore également que ces droits se fassent au détriment d'avoir un père et une mère biologiques. Elle soulève le débat sur la parentalité et la filiation qui serait de plus en plus dicté par l'industrie de la fertilité, les cours de justice et ce qu'elle nomme « la science de l'ADN ». Si la biologie compte, l'amour ne suffit pas à légitimer le fait que plusieurs enfants souffriront de cette explosion du droit des parents.

Parmi les autres enjeux sociaux et familiaux contemporains, soulignons la conciliation travail/famille (Côté, Côté, Lévesque, 2012; Courrier international, 2012), la violence envers les femmes (Rinfret-Raynor et al., 2013), la violence familiale envers les enfants et les aînés (Centre canadien de la statistique juridique, 2008; Charpentier et al., 2010), les diversités familiales et sociales en contexte d'immigration (Vatz Laarousi, 2009) et les transformations du rôle des pères dans le processus d'engagement (Devault et al., 2012; Caza, 2009). Déjà en 2003, Lewis (2003) questionnait ces changements, voire ces transformations familiales, en relevant plusieurs enjeux dont : une augmentation importante de l'espérance de vie, de l'âge de procréation chez la femme et des familles reconstituées, une ouverture politique pour le mariage des conjoints du même sexe et un recours grandissant aux technologies de reproduction. Dans la mesure où la maternité/paternité biologique peut-être séparée de ses fonctions sociales dites traditionnelles, Lewis estime que la signification de ce qu'est une famille est incertaine. Nous sommes donc passés d'une structure familiale considérée comme « stable » avec deux parents, trois à quatre enfants, des valeurs spirituelles et institutionnalisées de l'Église, vers un modèle plus ouvert et en voie de devenir.

Mondialisation et pauvreté des familles : un défi de taille pour les travailleurs sociaux

« *La pauvreté est la pire forme de violence* » (Gandhi)

Selon Saul (2006), la mondialisation économique, politique et sociale exerce des pressions de concurrence et de performance hors du commun sur l'ensemble de la planète et des pays. L'impact de cette globalisation ne va pas sans avoir des effets pervers sur les conditions sociales et économiques qui se transforment également en mondialisation de la pauvreté (Noël, 2012; Ulysse, Lesemann, Pires De Sousa, 2014). Alors que la théorie du rationalisme économique et du laissez-faire est souvent comprise comme ce qui permet la prospérité pour l'ensemble des citoyens, la réalité sociale et économique nous démontre, au contraire, qu'il y a de plus en plus de disparités entre les citoyens riches et pauvres allant, dans certains cas, jusqu'à menacer la paix sociale dans plusieurs pays et continents. Dans ce contexte de fragilité et de soumission à un ordre néolibéral économique du consumérisme, et pour paraphraser Gori et Volgo (2005), *le manque d'être se transforme en manque d'avoir*.

À l'ère de la mondialisation et de la performance à tout prix, plusieurs études sur le phénomène de la pauvreté et son impact sur les familles démontrent clairement comment le contexte de pauvreté constitue un piège, non seulement financier, mais également psychologique et social pour l'individu (Lefèvre, Boismenu, Dufour, 2011; Noël, 2012; Schecter, 2012; Ulysse, Lesemann, Pires de Sousa, 2014). Selon Schecter (2012), la pauvreté génère une psychologie qui lui est propre, car ce n'est pas le manque d'habiletés attribuées aux citoyens pauvres qui est déterminant, mais plutôt les problèmes créés par le *contexte social* même de la pauvreté. Cette perspective axée sur l'économie comportementale et sociale plutôt que sur l'économie dite classique nous permet de mieux saisir la réalité sociale concrète des motivations et des contraintes contextuelles. Contrairement à la version classique qui assume que la personne fait ses choix sur une base rationnelle, l'économie comportementale et sociale estime, au contraire, que pour la personne aisée financièrement, les erreurs de parcours en termes de décisions et de conséquences semblent moins sévères que pour les personnes pauvres. Considérant la crise économique mondiale actuelle, où l'écart entre les pauvres et les riches s'accroît et où la classe moyenne est de moins en moins nombreuse, un espoir de solution repose sur des politiques sociales qui visent à améliorer en priorité le contexte social et économique sans que cela repose principalement sur la responsabilité individuelle des personnes. Dans la même veine, Ulysse, Lesemann et Pires de Sousa (2014) démontrent la grande précarité des travailleurs pauvres, quand l'emploi ne permet plus de garantir un niveau de revenu suffisant pour sortir de la pauvreté. En résumant les principales conclusions de recherches au Québec, au Canada et à travers le monde sur la pauvreté et l'exclusion sociale, Noël (2012) enrichit cette analyse en illustrant la responsabilité et le rôle crucial des institutions politiques et publiques dans le processus de pauvreté accrue. Dit autrement, les institutions publiques et politiques devraient inclure dans leurs objectifs et mandats une répartition plus équitable des richesses.

Comme autre phénomène de pauvreté ayant un impact direct sur les familles, mentionnons une étude internationale récente sur le cas des jeunes qui demeurent chez leurs parents (Tanguy), principalement en raison des conditions économiques difficiles (Sanderson, Stonawski, Skirbekk, 2014). À la question de savoir pourquoi les jeunes adultes vivent ce type de condition sur une base exponentielle, ces résultats de recherche apportent de précieuses informations sur le stress que cela provoque chez les familles, parfois durant de nombreuses années. Parmi les facteurs explicatifs sur l'augmentation du nombre de jeunes à la charge de leurs parents, la stabilité du type d'emploi est une explication centrale dans les démarches pour une vie indépendante vers l'autonomie financière. De plus, la durée de la transition des jeunes adultes vers l'indépendance est en augmentation, qu'ils comptent davantage sur leurs parents ou restent plus longtemps aux études. Malgré le fait que ces jeunes vivent dans des pays et régions considérés comme aisés dans le monde, leurs conditions ne semblent pas s'améliorer dans le temps. Ce constat comprend trois facteurs explicatifs : l'augmentation de la mondialisation de la force de travail qui permet une plus grande mobilité de la main-d'œuvre,

le niveau d'éducation qui a diminué, laissant ainsi libre cours à l'accès au travail à une main-d'œuvre plus éduquée et plus abondante et enfin, l'entrée plus massive des femmes sur le marché du travail.

En résumé, si les conditions économiques se sont améliorées pour certaines couches dans la population, les jeunes vivent des conditions pires que leurs aînés, 20 ans auparavant. Ces réalités difficiles semblent avoir également un effet sur le choix de fonder des familles à un plus jeune âge. Le moment de fonder la famille est repoussé dans le temps. En termes de contrôle social, et même si le revenu n'est pas un indice direct de bien-être, les conditions économiques constituent une plaque tournante importante, non seulement dans la nature et la fréquence des problèmes sociaux et familiaux, mais également dans les modalités de résolution des conflits. Si nous prenons, par exemple, la loi de la protection de la jeunesse censée couvrir les besoins de protection des jeunes et de leurs familles, force est de constater que cette loi s'adresse d'abord et avant tout à *une certaine jeunesse plus pauvre*, rencontrant des problèmes multiples et parfois délinquante (Guay, Cyr, Bergeron, 2007; Laurent, 2013). Dans cette optique, nous remarquons que plus les revenus des familles augmentent, moins il y a de problèmes de santé, de comportements, de placements d'enfants, de manifestations de violence (Noël, 2012; Ryan, Adams, 1998; Séguin et al., 2006; Suissa, 2000). Dans la mesure où les travailleurs sociaux interviennent souvent en contexte de pauvreté dans les familles, il est important de réfléchir à cette question pour mieux apprivoiser certains déterminants sociaux structurels dans le processus d'intervention (Suissa, 2009).

L'intervention avec les familles en contexte de négligence : quelques repères

Au Québec et au Canada, la négligence est la principale source de maltraitance et se trouve au premier rang des motifs de signalement retenus (Bilan de l'Association des centres jeunesse du Québec en 2012, cité dans Jancarik, 2012). Des chercheurs et des praticiens en travail social ayant l'expérience des enjeux de la protection de la jeunesse ont uni leurs expertises pour développer des interventions structurées et adaptées à la problématique de la négligence. Dans cette optique, nous pouvons mentionner le Groupe de Recherche et de Développement de l'Enfant et de la Famille, le GREDEF (Ethier, Couture, Lacharité, 2004; GREDEF, 1995), *Je tisse des liens gagnants* en Montérégie (Jancarik, 2012), le *Projet famille* (Brousseau et al., 2009), et *Famijeunes* à Montréal².

Les résultats encourageants, parfois exceptionnels, du programme du GREDEF effectué par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières et le travail de réseautage avec les pédiatres, les parents-soutien bénévoles accompagnateurs, l'école, etc. constituent un bel exemple à suivre (Lacharité, Gagnier, 2009). Sur le plan des données générales, rappelons que la négligence parentale est souvent accompagnée de difficultés sous-jacentes telles que la violence conjugale, physique ou psychologique ainsi que de l'absence de conduites appropriées envers les enfants. Les données sociodémographiques issues de ces programmes de recherche indiquent que ces familles sont souvent pauvres, sans emploi, sous scolarisées, monoparentales, qu'elles éprouvent des difficultés à résoudre les problèmes de la vie courante et sont plus isolées socialement avec une méconnaissance des ressources disponibles dans leur environnement. Sur le plan du développement des enfants, la période entre 0 et 6 ans s'avère cruciale pour les séquelles et les traumatismes potentiels des enfants vivant dans un contexte de négligence. Devant ces réalités, le GREDEF, qui a depuis changé son nom en CEIDF (Centre d'Études Interdisciplinaires sur le Développement de l'Enfant et la Famille), s'est doté de divers moyens d'intervention qui touchent non seulement la famille en tant que cellule familiale, mais le contexte et les systèmes de réseaux qui les entourent. Axées autant sur le thérapeutique que sur le clinique, les visites à domicile du pédiatre auprès de ces familles permettent, par exemple, de dépister des problèmes potentiels tels que les infections à répétition, anémie, troubles du sommeil, signes de manque de croissance, troubles du développement, etc. Greffé à ces pratiques, il y a le réseau des parents-soutien bénévoles qui reçoivent des formations pour accompagner et partager leurs habiletés parentales en aidant et en conseillant les familles en besoin. En établissant un lien plus

² www.famijeunes.org

personnalisé, ces parents-soutien deviennent des passerelles pour briser l'isolement social des familles négligentes d'une part, et les reconnecter graduellement avec les ressources d'autre part. Dans une perspective écosystémique, cognitive et comportementale du fonctionnement familial et social, ce modèle co-responsabilise tous les membres en question en œuvrant à bonifier le contexte familial (école, garderie, réseau social élargi, pédiatre, parents bénévoles aidants) ainsi que les besoins individuels des parents et ceux des enfants. Les résultats de ces interventions ont révélé que les parents étaient moins dépressifs, moins isolés, et plus sensibles à leur rôle parental envers les enfants. Plus importants encore, les placements des enfants ont ainsi été évités permettant à ceux-ci de mieux évoluer dans leur milieu naturel.

Le projet *Je tisse des liens gagnants* en Montérégie (Jancarik, 2012) et le *Projet famille* s'inspirent du modèle McMaster sur le fonctionnement familial et comporte 10 principes de base (Epstein et al., 2003 cités dans Brousseau et al., 2009 : 6) :

1. La collaboration active de la famille;
2. L'accent mis sur les étapes liées au traitement;
3. La communication ouverte et directe;
4. La famille responsable du changement;
5. L'accent mis sur l'évaluation et le diagnostic conjoints;
6. L'inclusion de tous les membres de la famille;
7. L'emphase mise sur le « ici et maintenant » des problèmes actuels;
8. La mise en lumière des compétences familiales;
9. La priorité accordée au changement des comportements observables;
10. Circonscrire le temps alloué pour 10 à 15 rencontres.

Enfin, il y a l'organisme *Famijeunes* qui œuvre auprès des familles et de leurs réseaux en contexte de pauvreté et d'exclusion sociale. Axé sur le renforcement des liens sociaux dans un quartier à forte concentration de familles monoparentales et pauvres, Saint-Henri à Montréal, *Famijeunes* réussit, non seulement à créer de l'espoir, mais aussi à réunir les conditions propices au développement du pouvoir d'agir de ces familles. Un film intitulé « Les dames de Saint-Henri », réalisé par ces mères, témoigne de cette démarche de la prise de parole pour plus d'entraide et de défense des droits.

Sans être une panacée pour toutes les familles en contexte de négligence, la pertinence de ces approches a permis une amélioration du fonctionnement familial et une diminution de la négligence en termes de fréquence et d'intensité. En se décentrant du blâme individuel pour privilégier une co-responsabilisation des acteurs, l'approche écosystémique semble contribuer concrètement à la réduction du phénomène de la porte tournante.

Passer d'une conception linéaire à une pensée systémique et complexe avec les familles : pistes de réflexion pour les intervenants sociaux

« Accueillir autrui, c'est dégager du temps, s'accorder aux rythmes d'une personne pour harmoniser la relation » (Guittet, 2011)

Si les problèmes psychosociaux peuvent être communs à l'ensemble des familles, les mécanismes d'adaptation dépendent du statut économique de chaque famille, de sa capacité d'avoir et de consolider une certaine flexibilité entre l'appartenance et la socialisation de ses membres et le processus d'individuation et d'unicité permettant le développement psychosocial de chaque membre. On peut penser aux conditions socio-économiques, à la présence de liens et réseaux sociaux comme facteurs de soutien et de protection, à la nature des difficultés et des problèmes en question, aux tentatives préalables de succès ou d'échec. Comme le soulignait un pionnier de l'approche systémique : « le processus de vie consiste non seulement dans l'adaptation du corps à son environnement, mais aussi dans l'adaptation de l'environnement au corps » (Minuchin, 1979 : 21).

À titre d'exemple, les dynamiques des systèmes familiaux aux prises avec une dépendance à l'alcool vont fortement varier selon les mécanismes d'adaptation propres aux types de familles en question. Dit autrement, à part la substance alcool qui lie tous les alcooliques, chaque individu a développé sa dépendance pour des raisons psychosociales et familiales qui lui sont propres (Suissa, 2000; 2005). Pour résumer Neuberger (2004), chaque famille possède donc ses propres rituels qu'il faut explorer pour mieux s'affilier avec leur réalité. Dans la gestion des problèmes sociaux liés aux familles, les approches privilégiées en travail social ont produit parfois une réalité où les personnes étaient souvent blâmées pour leurs difficultés et où les changements s'avéraient plutôt minces. En accompagnant les personnes souffrantes sur une base individuelle sans mobiliser les proches et le réseau social, on peut contribuer au phénomène de la porte tournante. Par porte tournante, il faut comprendre le fait que les travailleurs sociaux peuvent avoir accès à des informations pertinentes sur les dynamiques familiales en question quand ils rencontrent les proches qui connaissent beaucoup mieux les réalités quotidiennes des vrais enjeux entourant les problèmes en question. En les mobilisant dès le début du processus d'intervention, nous évitons ainsi que les personnes souffrantes nous reviennent (phénomène de la porte tournante) alors que les proches sont des membres actifs, non seulement dans la co-construction des problèmes, mais aussi dans la résolution de leurs difficultés.

En termes de typologies familiales, et sans prétendre répondre à la multiplicité des situations, certains systèmes familiaux risquent plus que d'autres de se retrouver dans un contexte de négligence. Il s'agit du système fermé et désengagé. Les caractéristiques du système fermé révèlent que la survie de la famille repose sur la survie du système plutôt que sur les personnes. À titre d'exemple, on peut penser aux systèmes fermés, gérés généralement à l'interne par le code du secret relativement à des problèmes tels que l'inceste, la violence, la toxicomanie, l'alcoolisme, l'anorexie, la boulimie, etc. Dans ce type de famille, l'autonomie des membres est souvent sacrifiée au nom de l'affiliation à la famille; le conflit direct entre les membres est évité afin de prévenir l'éclatement au grand jour du système si le problème est connu dans l'espace social public (Suissa, 2015). Pour ce qui est du système désengagé ou trop ouvert, on peut penser aux caractéristiques suivantes : famille confrontée à des problèmes multiples, difficile à joindre, désorganisée, souvent pauvre et délinquante. N'ayant pas de pouvoir comme système familial, et devant l'absence de rituels et de règles de fonctionnement, ces personnes vivent leur souffrance sur une base plus privée. Pour toutes ces raisons, ces deux types de famille se retrouvent souvent signalés aux services sociaux, en particulier en contexte d'autorité, c'est-à-dire en protection de la jeunesse, en centre d'accueil, en milieu carcéral, etc.

En tenant compte du contexte social qui donne naissance aux conditions concrètes dans lesquelles les travailleurs sociaux rencontrent les familles, il y a lieu de considérer également le travail d'intervention sur le plan de l'environnement dans lequel évoluent les familles et ainsi créer des conditions plus propices pour mieux accompagner les personnes dans leurs auto-solutions et changements. L'intervention qui s'inspire de la pensée systémique, loin d'isoler le sujet, cherche, au contraire, à l'inscrire dans un contexte relationnel, à lui permettre d'utiliser pleinement ses compétences et à lui ouvrir des choix (Ausloos, 1995). Si les familles peuvent souvent se désengager en nous attribuant l'expertise pour s'occuper de leurs membres, il ne faut pas tomber dans ce piège. Il faut plutôt leur refléter leurs compétences et leur expertise en leur disant qu'ils sont les personnes qui connaissent le mieux les membres de la famille.

Dans cette perspective, le concept d'*équifinalité* peut nous aider à nous décentrer du mode binaire dans lequel les intervenants peuvent naviguer (Ausloos, 1995; Lamarre, 1998). L'*équifinalité* s'appuie sur le principe selon lequel différentes voies peuvent mener à un même but et, inversement, différents buts peuvent être atteints par une même voie. Ainsi compris, le principe d'*équifinalité* s'oppose à la causalité linéaire en ouvrant des espaces permettant des interactions favorables au changement personnel et social.

L'étiquetage des problèmes sociaux et familiaux : vers le développement du pouvoir d'agir

La conception qu'ont les intervenants des problèmes sociofamiliaux moule étroitement les gestes posés dans le processus d'intervention. Dans la mesure où la perception que nous nous faisons d'une famille oriente nécessairement la définition de ses besoins et, par conséquent, détermine les services à privilégier, il est important d'éviter de voir les difficultés seulement sous l'angle de la psychopathologie et d'utiliser au mieux les compétences et les forces cachées des membres de la famille. À titre d'exemple, si nous intervenons auprès d'assistés sociaux et que nous leur attribuons des carences/déviances selon leur statut, nous avons, en quelque sorte, édifié une logique d'intervention axée sur le contrôle de cette carence/déviance à réduire ou à éliminer et il est plus difficile alors de créer des liens menant à la collaboration, au partenariat et au développement du pouvoir d'agir.

L'évaluation des familles en travail social, par exemple, sous-tend généralement une objectivité. Or, l'inclusion des connaissances et des valeurs de l'intervenant, l'auto-référence et la pratique réflexive, révèlent au grand jour la réalité plutôt subjective de la relation en question. À ce titre, il y a lieu de nous interroger sur nos propres biais quand nous intervenons avec les familles. Comment concilier nos valeurs personnelles et sociales avec celles de certains membres qui parfois posent problème (abus physique ou sexuel, négligence, inceste, etc.)? Comment adopter une certaine distance face à ces problèmes tout en montrant une ouverture et une empathie dans le processus thérapeutique et de résolution des conflits? Devant ces questions de fond, qui peuvent constituer des espaces d'impuissance pour l'intervenant, celui-ci pourrait se questionner sur la portée de ses actes thérapeutiques dans le rétablissement de l'équilibre des familles en cause d'une part, mais aussi se demander si les gestes posés contribuent à une appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*) par les personnes vues en intervention dans une perspective de changement social.

Connu pour ses contributions scientifiques dans le monde de l'intervention sociale sur les plans national et international, Le Bossé dirige le laboratoire de recherche sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités à l'Université Laval. Par DPA (Développement du Pouvoir d'Agir) et, tout en nuancant ce concept avec celui de *l'empowerment*, à savoir la création de conditions plus propices à l'action dans le transfert de pouvoir, Le Bossé se réfère à l'exercice d'un plus grand contrôle sur sa vie personnelle, ses proches et sa collectivité tout en restaurant son statut d'acteur et son rapport à l'action (Le Bossé, 2012; 2008a; 2008b; 2007). Selon ce chercheur, aider ne veut pas dire soulager et guérir de la souffrance, voire même dénoncer les causes sous-jacentes, aider devrait plutôt être compris comme *s'affranchir* de la souffrance :

« Dans *s'affranchir* il y a l'idée de franchir un obstacle. Le plus souvent, cet obstacle comprend à la fois des dimensions sociales et personnelles. Il n'est donc plus question d'appréhender les difficultés vécues par les personnes comme des problèmes uniquement psychologiques ou de défaillances d'apprentissage, pas plus qu'il n'est question de considérer toutes les difficultés vécues par les personnes comme le résultat unique d'une injustice sociale » (Le Bossé, 2007 : 2).

Dans cette même perspective, Le Bossé dénonce une certaine conception binaire dans laquelle les intervenants sociaux sont souvent plongés en y apportant trois éléments de réponse. La première axée sur les carences, c'est-à-dire l'idée que si la personne éprouve des difficultés, c'est parce qu'elle est personnellement carencée à un ou plusieurs niveaux de sa personnalité, de son fonctionnement ou de ses apprentissages. La deuxième serait de nature plus structurelle, dans la mesure où le changement social est principalement structurel, afin de renverser la vapeur des systèmes de domination collective. Ainsi, la personne peut être orientée vers des réseaux de solidarité et d'action sociale afin de réduire les écarts des déterminants sociostructurels qui alimentent les problèmes sociaux. À ces deux conceptions, Le Bossé propose d'ajouter le DPA qui permet justement d'agir sur ce qui est signifiant et important pour la personne. Dit autrement, l'intervention devrait se centrer sur *la création de conditions propices* pour que les personnes puissent agir individuellement et collectivement. En donnant

l'exemple du ici et maintenant en contexte d'intervention, Le Bossé nous rappelle l'importance d'une certaine flexibilité qui ne devrait pas privilégier ce qui est urgent à ce qui l'est moins et de considérer les trois repères supplémentaires suivants :

1. Prendre le temps, car le problème s'est souvent développé durant une longue période;
2. Partager le pouvoir et les expertises;
3. Collaborer avec les personnes concernées dans une perspective de solution au détriment du confinement dans des carences et des problèmes.

Dans un article critique sur les pratiques d'*empowerment* intitulé « L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il? », Parazelli (2007 : 9) nous rappelle que le pouvoir personnel d'action n'existe pas en soi, il dépend intimement de la disponibilité des ressources dans l'environnement et de la capacité d'agir des personnes dans l'exercice de leurs compétences et de leur pouvoir. Replaçant le concept d'*empowerment* dans sa version écologique première, Lemay (2007 : 168) rejoint les propos de Parazelli en mettant en lumière des repères complémentaires. En traçant un tableau des plus complets sur les croyances et les principes d'action, la vision des problèmes et les avenues pour un changement personnel et social possible, Lemay réussit à pointer du doigt les repères et les nuances à considérer en termes stratégiques. Compris comme un processus variable et continu, le DPA selon Lemay devrait inclure les étapes suivantes :

1. Une conscientisation au regard de sa réalité (individuelle et collective);
2. Une décision concernant l'action à mener et le développement des conditions requises (ressources et compétences);
3. Des actions en vue d'une transformation des personnes ou des systèmes sociaux;
4. L'évaluation des résultats;
5. Une nouvelle conscience de soi (d'individu ou de groupe) (Lemay, 2007 : 170).

Enfin, Lemay nous invite à réfléchir sur le discours de nature égalitaire derrière le concept de *empowerment* où les relations de pouvoir entre les divers acteurs peuvent générer plus de pouvoir pour certains acteurs que pour d'autres. En d'autres mots, une plus grande démocratisation du DPA est en jeu sur le plan pratique.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Dans la mesure où les travailleurs sociaux sont en première ligne dans la gestion des inégalités sociales et économiques, cet article souligne l'importance d'inclure certains déterminants sociaux et structurels, en particulier ceux de la pauvreté et de la négligence. Sur le plan des transformations familiales, nous avons effectué un bref survol des grandes tendances et des enjeux actuels afin de sensibiliser les intervenants sociaux à la diversité sociale grandissante des typologies familiales et éviter ainsi des étiquetages qui peuvent se traduire par des discriminations et des dérapages. Enfin, nous avons mis en lumière des pistes d'intervention qui s'inspirent du concept de développement du pouvoir d'agir en illustrant quelques exemples d'organismes qui œuvrent avec succès auprès de familles pauvres. En résumé, nous considérons qu'appriivoiser l'intervention auprès des familles au moyen de la compétence et du développement du pouvoir d'agir représente un atout précieux pour rendre aux personnes leur pouvoir et favoriser ainsi un contexte de prise en charge. Dans cette perspective, et comme le disait si bien Goulding (1978), le pouvoir réel est dans le patient et le défi en intervention réside dans notre capacité à le mettre en valeur sans « tomber » dans le piège de l'étiquetage ou, comme dirait Lamarre, aider sans nuire (1998).

Pour reprendre le concept de pouvoir/savoir de Michel Foucault (1975), oui, nous avons, en tant qu'intervenants, du savoir et beaucoup plus de pouvoir que nous le croyons. Nous devons donc rester alertes pour ne pas devenir des intervenants/juges si nous prétendons à un développement du pouvoir d'agir des familles. Ainsi compris, nous devons toujours garder dans notre champ de vision

l'origine et la racine des problèmes sociaux en incluant, en nuancant et en analysant les normes et les structures sociales qui déterminent ce qui est socialement acceptable et ce qui l'est moins. Sinon, nous pourrions facilement glisser dans le blâme implicite des carences et de la défaillance individuelle, ou, comme diraient Mongeau, Asselin et Roy, glisser vers une approche de type plus familialiste que constructiviste (2007).

ABSTRACT :

Intervening in situations of poverty and negligence is a complex process that requires finesse from the social worker. It demands an understanding of the impact of social and economic realities on youth and families, including the consequences of poverty. Results of a few studies and projects on intervention with families within a context of negligence. These studies reveal the importance of assessing the skills of these families and empowering them to act. A few organizations are successfully working with these families

KEY WORDS :

empowerment, families, poverty, intervention child neglect

RÉFÉRENCES

- Amiguet, O. et C.R. Julier (2004). *Les enjeux contradictoires dans le travail social; perspectives systémiques*, Montréal : Éditions Érès.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*, Montréal : Editions Érès.
- Brousseau, M., Beaudry, M., Simard, M. et C. Charbonneau (2009). *Le « projet famille » en contexte de négligence. Développement et expérimentation d'une intervention familiale*, Rapport de recherche.
- Caza, P. E. (2009). « Les papas du XXI^e siècle », *Revue Inter*, UQÀM, 7, 2, 16-19.
- Centre canadien de la statistique juridique (2008). *La violence familiale au Canada. Un profil statistique*, Gouvernement du Canada.
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et I. Olazabal (2010). *Vieillir au pluriel, perspectives sociales*, Presses Universitaires du Québec.
- Côté, M. et C. Caron (2004). « Le rapport 2003-2004 sur la situation et les besoins des familles et des enfants », *Conseil de la famille et de l'enfance*, Gouvernement du Québec.
- Côté, D; Côté, I et S. Lévesque (2012). « Repenser la famille, renouveler les pratiques, adapter les politiques », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol 24, no 2, 21-29.
- Courrier international (2012). *Parents mais comment font-ils?*, no 1134, 35-36. (26 juillet au 15 août 2012).
- Dandurand, R. (2005). « Parentage multiple et partition des responsabilités », : 227-240, dans Ouelette, F.R., Joyal, R. et R. Hurtubise (sous la dir.), *Familles en mouvance*, Collection Culture et Société, Presses de l'Université Laval.
- Dandurand, R. (1991). « Transformation et diversification de la famille québécoise de 1940 à 1990 », *Intervention*, 26-35.
- Devault, A., Denis, L., Lacharité, C. et F. de Montigny (2012). « Le rôle des femmes dans la vie de jeunes pères vivant en contexte de vulnérabilité », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 24, 2, 30-47.
- Epstein, N.B. et al. (2003). « The McMaster model : a view of wealthy family functioning » : 581-607, dans Walsh, F. (éd.), *Normal family process : growing diversity and complexity*, 3^{ème} édition. New York, London : Guilford Press.
- Ethier, L.S., Couture, G. et C. Lacharité (2004). « Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect », *Journal of Family Violence*, 19, 13-24.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard.
- Gori, R. et M.J. Volgo (2005). *La santé totalitaire*, DeNoël.
- Goulding, R.L. (1978). *The power is in the patient*, San Francisco : T.A. Press.
- GREDEF (1995). *La négligence : à l'ombre du quotidien*. Audiovidéothèque. X3519884-6. UQÀM.
- Guay, J., Cyr, G. et A. Bergeron (2007). « La théorie familiale en centre jeunesse : réflexions sur une pratique complexe et novatrice », *Revue Québécoise de Psychologie*, vol.28, no.3, 171-185.

- Guittet, A. (2011). *Construire du lien. Les capacités relationnelles*, Armand Collin.
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Le bilan démographique du Québec*, Éditions 2013. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf
Consulté le 13 avril 2013.
- Jancarik, A. (2012). « Je tisse des liens gagnants. Programme d'intervention en négligence », *Connivence/Le webzine du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie*, 5, 7, 10 décembre. www.webzinemonteregie.qc.ca/nouvelles/volume-5-numero-7/je-tisse-des-liens-gagnants-programme-dintervention-en-negligen.
Consulté le 16 septembre 2014.
- Lacharité, C. et J.P. Gagnier (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir. Repères conceptuels et stratégies d'action*, Gaëtan Morin.
- Lamarre, S. (1998). *Aider sans nuire*, Montréal : Éditions Lescop.
- Laurent, A. (2013). *La gestion des risques en protection de la jeunesse. Logique d'action et quête de sens*, Presses Universitaires du Québec.
- Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Éditions Ardis.
- Le Bossé, Y. (2008a). « L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 21, 1, 137-149.
- Le Bossé, Y. (2008b). « Penser pour agir. L'impératif d'une praxis scientifique dans le champ des pratiques sociales », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 21, 1, 159-166.
- Le Bossé, Y. (2007). « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible? » site de l'Association Nationale des Assistants de services sociaux. <http://anas.travail-social.com/>
- Lemay, L. (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 165-179.
- Lefèvre, S., Boismenu, G. et P. Dufour (2011). *La pauvreté. Quatre modèles sociaux en perspective*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lewis, J. (2003). *Should we worry about family change?*, University of Toronto Press.
- Marquardt, E. (2006). *Between two worlds : the inner lives of children of divorce*, Three Rivers Press.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*, Montréal : Éditions France Amérique.
- Mongeau, S., Asselin, P. et L. Roy (2007). « L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social » : 187-214, dans Dorvil, H. (sous la dir.) *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies de l'intervention sociale, Tome 4*, Presses Universitaires du Québec.
- Neuberger, R. (2004). *Les rituels familiaux*, Éditions Payot.
- Noël, A. (2012). *Combattre la pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale*, Rapport de conférence, CIQSS et CRDCN.
- Parazelli, M. (2007). « L'empowerment. De quel pouvoir s'agit-il? », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 7-12.
- Racine, G. (2000). *La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux : le rapport entre l'expérience individuelle et collective*, Éditions L'Harmattan.
- Rinfret-Raynor, M., Lesieux, E., Cousineau, M.-M., Gauthier, S. et E., Harper (2013). *Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation*, Presses Universitaires du Québec.
- Ryan, B. et G. Adams (1998). « How do families affect children's in school? », dans le cadre du colloque *Investing in children: A national research conference*, Ottawa, Château Laurier.
- Sanderson, W., Skirbekk, V. et M. Stonawski (2014). « Young Adult Failure to Thrive Syndrome », *Finnish Yearbook of Population Research*, XIV iiiii
- Saul, J.R. (2006). *Mort de la globalisation*, Paris : Éditions Payot.
- Séguin, L. et al. (2006). *Pauvreté et santé des enfants de l'ÉLDEQ : l'argent fait-il une différence?*, Centre de recherche Léa-Roback et GRIS. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal. Conférence en santé publique de Montréal du 6 juin 2006.
- Schechter, A. (2012). « The psychological poverty trap », Haaretz, 23 février <http://www.haaretz.com/business/the-psychological-poverty-trap-1.414260>
Consulté le 22 février 2014.
- Suissa, J.A. (2015 sous presse). « Intervention auprès des familles et des proches; quelques repères », dans Deslauriers, J.P. et D. Turcotte (sous la dir.), *Introduction au Travail Social : Méthodologies et pratiques Nord-Américaines*, Presses de l'université Laval, Troisième Éditions.

- Suissa, J.A. (2007). « Intervention auprès des familles : repères psychosociaux » : 143-168, dans Deslauriers, J.P. et Y. Hurtubise, (sous la dir.). *Introduction au Travail Social : Méthodologies et pratiques Nord-Américaines*, Presses de l'université Laval. Deuxième Éditions.
- Suissa, J.A. (2009). « Aider sans nuire : l'enfance encerclée », *Revue CREMIS*, 2, 4, 16-20.
- Suissa, J.A. (2005). « Gambling, violence and family dynamics : Some intervention markers », *International Journal of Mental Health & Addictions*, 2.2, 1-5.
- Suissa, J.A. (2000). « La violence conjugale et familiale dans le contexte de la toxicomanie » : 265-278, dans Brisson, P. (sans la dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol.3, Éditions Gaëtan Morin.
- Ulysse, P.J, Lesemann, F et J.J. Pires de Sousa. (2014). *Les travailleurs pauvres. Précarisation du marché du travail, érosion des protections sociales et initiatives citoyennes*, Québec : Presses de l'université du Québec.
- Vatz Laarousi, M. (2009). *Mobilité, réseaux et résilience. Le cas des familles immigrantes et réfugiées du Québec*, Presses de l'Université du Québec.

Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières

par

Christiane Guay, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais¹
christiane.guay@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Cet article porte sur la vie contemporaine des familles des Premières Nations ainsi que sur la spécificité et l'originalité de leurs pratiques parentales. La partie sociohistorique situe l'impact de l'histoire coloniale et postcoloniale sur la vie familiale et sociale notamment les politiques d'assimilation et leurs réalités économiques. L'éducation et les soins aux enfants sont une responsabilité partagée de la communauté autochtone. Les valeurs orientent de façon concrète les pratiques éducatives : stratégies de maternage; socialisation des enfants; régulation des comportements; respect du rythme et de l'autonomie de l'enfant; utilisation de stratégies indirectes et non coercitives de discipline. Les travailleurs sociaux impliqués auprès des familles autochtones doivent comprendre ces dimensions pour reconnaître la capacité des parents autochtones d'éduquer et prendre soin de leurs enfants.

MOTS-CLÉS :

autochtones, éducation des enfants, parenté - aspect social, conditions sociales, acculturation, relations avec l'état, service social aux autochtones - Québec

INTRODUCTION

En décembre 2013, des manifestants empêchaient les employés du Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue d'entrer dans la communauté autochtone du Lac-Simon. Ils étaient une quinzaine de parents à manifester leur mécontentement et leur insatisfaction à l'égard des services offerts à leur communauté : « Le but de la manifestation, ce n'est pas de sortir les services sociaux demain matin de Lac-Simon, mais c'est de leur faire des arrêts d'agir (sic) de ce qu'ils font vivre à nos membres... Oui, c'est vrai, nous vivons des problématiques de consommation, de violence. Mais la communauté se prend en main », pouvait-on lire sur le site de Radio-Canada (2013). Sans vouloir porter un jugement sur l'intervention à l'origine de cette manifestation, ce fait d'actualité mérite que l'on s'y arrête et que l'on se questionne sur les causes sous-jacentes d'une telle manifestation. En effet, dans bon nombre de communautés autochtones, les parents sont de plus en plus préoccupés par la place et le rôle que jouent la DPJ et les travailleurs sociaux non autochtones au sein de leur communauté. Ce qu'il faut surtout entendre derrière le commentaire de cette manifestante, c'est le cri du cœur de nombreux parents autochtones qui souhaitent que des alternatives soient envisagées au placement de leurs enfants en dehors de leur communauté, que l'aide apportée à leur famille se fasse dans le respect de leur culture et de leur mode de vie et, par-dessus tout, qu'on leur fasse confiance. Nous verrons d'ailleurs que ce que ces parents expriment, sans doute bien maladroitement, se trouve également au centre des préoccupations de la plupart des auteurs qui ont étudié cette problématique.

¹ L'auteure désire remercier Maude Levasseur-Poirier dont les recherches bibliographiques ont été d'une grande aide à la rédaction de cet article.

Être parent aujourd'hui comporte son lot de défis, mais pour les parents autochtones, les défis sont encore plus importants. Pourquoi? Parce qu'être parent autochtone, c'est être constamment soumis au regard de l'autre qui, par manque de connaissance sur leurs sociétés et leurs modes de vie et plus spécifiquement sur leurs pratiques éducatives, en arrive souvent à une image tronquée de la réalité, truffée de stéréotypes et de préjugés. Quand cet autre se trouve être un travailleur social, cette image tronquée de la réalité peut avoir des effets dévastateurs, non seulement sur les parents et les membres de la famille élargie, mais également sur tous les membres de la communauté.

Cet article porte sur la vie contemporaine des familles autochtones² ainsi que sur la spécificité et l'originalité de leurs pratiques parentales. Dans un premier temps, nous présenterons quelques clés de lectures sociohistoriques nécessaires à une compréhension différenciée de la famille et des pratiques éducatives singulières dont l'étude, au Québec, tarde à voir le jour. Puis, se basant sur une revue de la littérature et sur les résultats préliminaires de nos projets de recherche au sein de la communauté d'Uashat mak Mani-Utenam³, nous tenterons, dans les deux sections suivantes, de rendre compte du fondement de la vie familiale autochtone et des effets de ce fondement sur la manière dont on prend soin et éduque les enfants autochtones.

1. Quelques clés de lectures sociohistoriques

La vie familiale, la parenté, la manière dont on prend soin et éduque les enfants participent d'une vision du monde qui est propre à chaque société. Cette vision témoigne d'une histoire et porte également, à travers les valeurs qu'elle véhicule, les marques des aspirations des membres de la société concernée. Or, dans le cas des nations autochtones du Québec et du Canada⁴, l'histoire coloniale et postcoloniale a grandement bouleversé l'organisation de la vie familiale et sociale (Guay, Grammond, 2012). C'est la raison pour laquelle il importe de connaître certains des éléments clés de cette histoire afin de mieux comprendre la complexité des enjeux entourant la vie des familles autochtones, notamment les inégalités structurelles qui persistent et qui découlent directement de cette histoire. Comme le dit si bien Irvine (2009) :

« [...] les parents autochtones ne se sont pas réveillés un beau matin en décidant simplement de compter parmi les plus pauvres du Canada, ou en décidant de vivre dans des logements inadéquats, pas plus qu'un bon nombre d'entre eux n'ont pas décidé de consommer des substances toxiques ou de l'alcool de façon abusive » (: 26).

En fait, les conditions de vie actuelles dans les communautés autochtones résultent de politiques mises en place au cours du XIX^e siècle et poursuivies pendant une bonne partie du XX^e. Ces politiques visaient, à long terme, à assimiler les autochtones à la société canadienne, à libérer les terres qu'ils occupaient jusqu'alors et à les protéger dans l'attente de leur assimilation⁵. Ainsi, dès le début du XIX^e siècle, les gouvernements coloniaux ont poursuivi une politique de sédentarisation des autochtones sur les réserves. Le contrôle gouvernemental sur un grand nombre d'aspects de la vie des autochtones a été consacré par la Loi sur les Indiens, adoptée en 1876. En octroyant aux Indiens un

² Bien que le terme autochtone réfère à la fois aux Inuits, aux Métis ainsi qu'aux membres des Premières Nations, notre article porte principalement sur la réalité de ces derniers. L'usage du terme autochtone est utilisé à la seule fin d'alléger le texte. Cela dit, nous reconnaissons qu'il existe une diversité importante parmi les peuples autochtones quant à leur mode de vie, leurs conditions sociales et leurs aspirations.

³ Il s'agit de deux projets de recherche. Le premier : *Pratiques éducatives et pratiques d'entraide : un patrimoine raconté par les Innus d'Uashat mak Mani-Utenam* (CRSH) (chercheuse principale en collaboration avec les professeurs S. Grammond et T. Martin). Le second : *Les pratiques d'adoption coutumière chez les autochtones : la perspective des Innus d'Uashat mak Mani-Utenam*, est un sous-projet du partenariat de recherche du professeur G. Otis *État et cultures juridiques autochtones : un droit en quête de légitimité* (CRSH), que je dirige en collaboration avec les professeurs S. Grammond et K. Belhadj-Ziane.

⁴ Ceci est une constante en Amérique, en Australie et en Nouvelle-Zélande

⁵ Pour une analyse détaillée de l'histoire des relations entre le colonisateur et les peuples autochtones, voir Dickason (1996).

statut de « citoyens mineurs », cette loi a sanctionné « l'incapacité légale des Indiens dans presque tous les domaines et mine complètement leur autonomie » (CDPDJ, 2009 : 22).

Au sein de cet ensemble de politiques, les pensionnats et la vague d'adoptions massives – communément appelée *la rafle des années 60* – ont sans aucun doute été les plus dévastateurs pour la vie familiale des autochtones (Blackstock, Brown, Bennet, 2007). En créant un fossé entre les générations, ces politiques ont largement contribué à la plupart des problèmes sociaux et économiques que l'on peut observer au sein des familles autochtones. En effet, pour un bon nombre d'autochtones, les pensionnats ont empêché l'acquisition d'aptitudes parentales, ont contribué à l'érosion des langues et des cultures autochtones et, surtout, ont miné considérablement l'estime de soi et le sens de l'identité personnelle et collective des autochtones (Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR), 2012). Aujourd'hui, la situation se perpétue, notamment avec les interventions successives de la protection de la jeunesse. En effet, nous avons déjà démontré que : « même s'ils procèdent d'une intention louable, les régimes contemporains de protection de la jeunesse produisent, lorsqu'ils sont appliqués aux enfants autochtones, des effets pervers qui ne sont pas sans rappeler ceux des « sixties' scoop » ou même ceux des pensionnats » (Guay, Grammond, 2010 : 105). Un de ces effets est sans aucun doute la surreprésentation des enfants issus des Premières Nations au sein des systèmes canadiens. Cette surreprésentation est connue depuis l'étude réalisée par P. Johnston publiée en 1983. Au Québec, une étude plus récente indique que les enfants autochtones feraient cinq fois plus souvent l'objet d'un placement que les enfants allochtones (Sinha et al., 2011). Bref, comme le soulignent plusieurs auteurs, l'application indifférenciée des régimes de protection de la jeunesse ne fait qu'engendrer, comme dans le passé, une perte identitaire et linguistique et contribue à exacerber les problèmes sociaux au sein des communautés autochtones (Blackstock, Brown, Bennet, 2007; Guay, Grammond, 2012; Halverson, Puig, Byers, 2002; Tourigny et al., 2007). Dès lors, on comprend mieux pourquoi les placements et les adoptions à l'extérieur des communautés sont de plus en plus préoccupants et dénoncés par les parents autochtones.

Prendre acte des aspects sociohistoriques et contemporains qui ont marqué et continuent de marquer la vie des familles autochtones (Blackstock, Brown, Bennet, 2007; Heath et al., 2011) est nécessaire pour les travailleurs sociaux, car notre profession a été au cœur de ces politiques oppressives qui ont miné la vie des familles autochtones. En effet, les travailleurs sociaux ont, non seulement été des acteurs de premier plan dans la rafle des années 60 (Blackstock, Brown, Bennet, 2007; Guay, 2010), mais ils ont aussi compté parmi les plus importants partisans des pensionnats. Comme l'expliquent Blackstock et ses collègues : « quand, en 1948, à la suite de la fermeture graduelle des pensionnats, le comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes a recommandé la fermeture de tous les pensionnats, la profession du travail social s'est jointe aux églises pour s'opposer à une telle abolition » (Blackstock, Brown, Bennet, 2007 : 61, traduction libre). Toujours selon cette auteure, il faut savoir que déjà, à cette époque, les pensionnats représentaient pour les travailleurs sociaux un lieu privilégié pour placer les enfants autochtones.

Cela dit, dans la prise en compte des réalités sociohistoriques et contemporaines, il importe de savoir que ce ne sont pas tous les membres des communautés autochtones qui ont fréquenté les pensionnats et que ceux et celles qui les ont fréquentés n'ont pas tous connu le même niveau d'expériences traumatisantes (Irvine, 2009). De fait, cette histoire d'oppression ne s'est pas déroulée sans résistance⁶, comme le démontre la survie des peuples, des communautés et des cultures autochtones à travers le monde (Brant Castellano, 2002; Heath et al., 2011; Irvine, 2009) et la : « constante négociation dans laquelle sont engagés les autochtones [...] afin d'affirmer et de renouveler leur différence (et non de la perdre ou de la nier) et leur spécificité face à eux-mêmes et face à la société dominante » (Poirier, 2009 : 332). Ainsi, dans l'analyse du passé, du présent et du futur des communautés autochtones,

⁶ Voir à ce sujet l'article d'Irvine (2009), qui rappelle plusieurs moments clés de l'histoire contemporaine des autochtones.

il faut dépasser la seule lecture fondée sur les carences, les défaillances, les incapacités, car une telle lecture occulte la capacité des parents à jongler au quotidien avec les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Enfin, il faut, dans cette lecture des réalités socioéconomiques qui affectent les familles autochtones, se défaire également d'un mythe persistant, celui de croire que les familles autochtones évolueront dans le même sens que celles des sociétés occidentales. Au contraire, les résultats de nos travaux de recherche avec les Innus (Guay, 2010; Guay, Grammond, 2012) et ceux d'autres chercheurs comme T. Martin (2009) démontrent plutôt que les autochtones sont actuellement en train de prendre leur développement en main dans tous les aspects de leur vie sociale. Ils le font de manière très pragmatique, en tirant profit du meilleur des deux mondes, c'est-à-dire en s'appuyant d'abord et avant tout sur leur savoir et savoir-faire traditionnel sans pour autant tourner le dos à ce qui relève de la modernité. Ainsi, bien que la famille autochtone se transforme et qu'elle soit influencée par des éléments qui relèvent de notre modernité, il faut comprendre que tous ces éléments ne déterminent pas pour autant la vie familiale des autochtones. Des croyances, des traditions, des valeurs spécifiques persistent et continuent d'animer la vie de la plupart des familles autochtones et, par conséquent, d'orienter les pratiques éducatives (Guay, Grammond, 2012).

En somme, les familles autochtones ne subissent pas de façon statique les politiques oppressives et coloniales qui ont marqué et continuent de marquer leur vie. Au contraire, elles s'adaptent, résistent et font preuve de résilience en s'appuyant sur un ensemble de pratiques culturelles toujours actuelles. Des auteurs comme Irvine (2009) pensent qu'une meilleure connaissance de ces pratiques permettrait à ceux et celles qui œuvrent auprès des familles autochtones de mieux les exploiter. Tirer profit de ces pratiques suppose que l'on se familiarise d'abord avec certaines des valeurs qui fondent la vie familiale des autochtones. C'est ce qui fera l'objet de la prochaine section.

2. La famille autochtone : un système de parenté complexe

La famille a pour fonction de protéger, d'éduquer et de nourrir les enfants. Elle est le premier lieu d'enculturation et de socialisation, celui où se transmettent la langue et un ensemble de règles et de codes implicites et explicites pour permettre à l'enfant d'interagir avec le monde qui l'entoure. En inculquant des valeurs et des normes, elle enseigne non seulement comment se comporter, mais aussi ce qui est désirable ou indésirable, bon ou mauvais, ce qui a de l'importance, c'est-à-dire ce qui mérite d'être préservé, protégé, voire défendu (Brant Castellano, 2002).

Comme dans toutes les sociétés, la famille autochtone remplit de telles fonctions; elle évolue, se transforme, s'adapte et les formes qu'elle prend sont multiples. À l'instar des familles canadiennes et québécoises, l'unité familiale autochtone tend à devenir plus petite et plus mobile (Brant Castellano, 2002). De plus, des institutions publiques et communautaires partagent maintenant avec les familles la responsabilité de protéger les enfants, d'offrir de l'éducation, de promouvoir la santé. Cela dit, bien que la famille ne constitue plus le seul pôle de la vie sociale, économique et politique de la nation comme dans le passé, elle en demeure toujours l'institution centrale (Guay, Grammond, 2012). Ainsi, selon Brant Castellano (2002), toutes ces nouvelles institutions qui gravitent autour de la famille autochtone ne peuvent faire fi de la culture et de l'identité autochtone et, plus spécifiquement, de la conception de la vie familiale et de la manière de prendre soin des enfants ou de les éduquer.

Il demeure difficile de définir la famille autochtone tant celle-ci participe toujours d'une structure de parenté complexe difficilement appréhensible pour un allochtone (Guay, Grammond, 2012). Néanmoins, plusieurs auteurs autochtones soutiennent que la vie familiale au sein des groupes autochtones est fondée sur des liens d'interdépendance, c'est-à-dire sur des liens qui, d'une part, unissent verticalement les aînés de la famille à leurs enfants et petits-enfants, et, d'autre part, unissent latéralement tous les autres membres de la famille élargie (frères, sœurs, cousins, conjoints ainsi que leurs enfants) y compris les amis proches (Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) 1996; Heath et al., 2011; Halverson, Puig, Byers, 2002; Irvine, 2009). Au centre de cette structure de parenté

réside un système d'obligations et de responsabilités (Heath et al., 2011), où le respect mutuel, l'entraide et le sens des responsabilités entre tous les membres permettent de tisser des relations d'échange et des liens solides qui profitent à tous (Irvine, 2009).

Enfin, dans ce système de parenté complexe, l'enfant occupe une place centrale (Cheah, Sheperd, 2011 : 342). En effet, malgré les différences qui peuvent exister d'une société autochtone à l'autre, les enfants sont des êtres sacrés, que l'on doit protéger, car ils portent en eux des dons précieux (CRPA, 1996; Halverson, Puig, Byers, 2002; Irvine, 2009). À cet égard, nous reprenons un passage du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones qui souligne la place particulière qu'occupent les enfants dans les sociétés autochtones :

« Les enfants occupent une place particulière dans les cultures autochtones. Selon la tradition, ils sont un don des esprits, et il faut les traiter avec beaucoup de douceur pour éviter qu'ils soient déçus par le monde où ils sont et décident de s'en retourner dans des lieux plus agréables. Il faut les protéger parce qu'il y a des esprits qui aimeraient les faire revenir dans cet autre royaume. L'enfant jette sur le monde un regard pur qui peut édifier ses aînés. Il possède en lui des dons qui se manifestent lorsqu'il devient enseignant, mère, chasseur, conseiller, artisan ou visionnaire. Il apporte des forces nouvelles à la famille, au clan et au village. Sa présence joyeuse rajeunit le cœur des anciens » (CRPA, 1996 : 57).

En résumé, si la famille autochtone contemporaine se transforme et évolue, il n'en demeure pas moins que selon Brant Castellano :

« la famille bienveillante, efficace, élargie, reliée à la communauté demeure un idéal profondément ancré dans l'imaginaire des peuples autochtones. Et cela, même quand la participation à la population active mène à la mobilité et au regroupement dans des ménages nucléaires, quand les attentes par rapport aux soins sont contrecarrées par la pauvreté, l'alcool et la violence [...], l'idéal perdure » (Brant Castellano, 2002 : 14).

Voyons maintenant comment cette conception de la famille oriente de manière concrète les pratiques éducatives, incluant les stratégies privilégiées de maternage, de socialisation et de régulation des comportements.

3. Des pratiques éducatives singulières et originales

Les pratiques éducatives ou pratiques parentales renvoient généralement aux modes d'éducation qui se caractérisent par un ensemble de comportements et d'attitudes que les parents adoptent à l'égard de leurs enfants. À l'heure actuelle, il existe peu d'études sur la vision du monde et les croyances des peuples autochtones à l'égard des pratiques éducatives (Byers et al., 2012), du moins au Québec⁷. On sait tout de même que les pratiques parentales des autochtones diffèrent de manière considérable des pratiques occidentales sous plusieurs aspects. Ces différences sont d'ailleurs porteuses d'une source importante d'incompréhension entre les intervenants allochtones et les parents autochtones, ce qui nuit considérablement à l'efficacité des soins et des services qui leur sont offerts (Byers et al., 2012; Irvine, 2009). À titre d'exemple, on peut mentionner la valorisation de pratiques éducatives fondées sur un « style démocratique » au détriment de pratiques éducatives fondées sur un « style permissif », car le premier produirait des enfants plus autonomes, alors que le second engendrerait des enfants gâtés, n'ayant aucun sens de l'organisation, peu de contrôle de soi et dépendant des autres. Or, en raison de certaines similitudes, un travailleur social qui n'est pas au fait du mode de vie et des pratiques éducatives autochtones pourrait, de façon erronée, associer celles-ci à un « style permissif » et en tirer des conclusions défavorables (Kuske et al., 2012). Pourtant, ce qui est interprété comme étant trop permissif peut tout simplement être la manifestation de pratiques bien ancrées et qui ont démontré leur succès dans les communautés autochtones.

⁷ La plupart des études sur le sujet ont été menées en Australie.

Il existe une grande diversité des sociétés autochtones au sein du pays. Il en est de même des pratiques éducatives, qui, par exemple, peuvent être différentes chez les Cris et chez les Mohawks. Ces pratiques peuvent varier au sein d'une même communauté : chaque famille est libre d'imprimer sa propre direction à l'éducation de ses enfants. Elle peut le faire en puisant à même les ressources culturelles de la communauté. Certaines familles peuvent adhérer plus que d'autres aux traditions, ou encore tirer profit des influences de la société québécoise. Néanmoins, les auteurs qui s'intéressent aux réalités autochtones estiment que la plupart des nations ou communautés autochtones partagent un certain nombre de valeurs communes qui sous-tendent des comportements similaires quant à l'éducation des enfants (Byers et al., 2012; Heath et al., 2011; Irvine, 2009; Kruske et al., 2012). Notre propos n'est pas de rendre compte de manière exhaustive de ces valeurs et pratiques éducatives autochtones, ni même de suggérer qu'elles puissent se retrouver au sein de toutes les familles autochtones, mais plutôt d'en cerner certaines caractéristiques principales.

3.1 Éduquer et prendre soin des enfants : une responsabilité partagée

En phase avec la conception familiale illustrée plus haut, les autochtones accordent une place importante au rôle de la famille élargie et de la communauté dans l'éducation des enfants. Dans les faits, certains auteurs soulignent que la parenté et l'établissement de plusieurs relations significatives sont au cœur du processus de développement et de socialisation des enfants autochtones (Byers et al., 2012; Irvine, 2009; Ivanova et Brown, 2011; Heath et al., 2011; Kruske et al., 2012). Ainsi, les enfants sont socialisés à l'intérieur de deux structures interreliées et interdépendantes : la famille biologique et le réseau de parenté (Halverson, Puig, Byers, 2002).

De manière générale, les parents ont la responsabilité et le devoir d'offrir un environnement propice au bon développement de leur enfant alors que la discipline, les soins à donner à l'enfant, la transmission de la culture, des valeurs, de la langue, de l'histoire, des habiletés et des pratiques traditionnelles sont des responsabilités qui sont habituellement partagées non seulement avec les grands-parents, mais aussi avec les membres de la famille élargie, tels que les oncles et les tantes (Heath et al., 2011; Irvine, 2009; Ivanova et Brown, 2011).

En somme, éduquer et prendre soin relève de l'ensemble des membres de la famille, si bien que, lorsqu'un autochtone parle de son père ou de sa mère, il ne fait pas nécessairement référence à ses parents biologiques. Au contraire, il peut simplement s'agir de la ou des personnes qui ont été les plus significatives dans sa vie ou qui l'ont effectivement élevé : une tante, un oncle, un cousin, une sœur ou un frère et, dans bien des cas, les grands-parents (Heath et al., 2011).

Si, dans certaines études comme celle de Kruske et ses collègues (2012), on a observé que la mère jouait un rôle déterminant dans la première année de vie de l'enfant, l'établissement de liens avec les autres membres de la famille se fait rapidement au fur et à mesure des premiers mois de façon à établir des liens d'attachement significatifs avec tous les membres de la famille élargie qui ont la responsabilité d'en prendre soin au même titre que la mère. Ainsi, le maternage doit être considéré comme : « un acte social et culturel entre plusieurs configurations de personnes issues de diverses générations, et se décline sur le plan individuel comme sur le plan collectif » (CCNSA, 2012 : 2). Par exemple, le bébé reçoit constamment de l'affection et de l'attention de la part de tous les membres de la famille, du plus jeune au plus vieux, que ce soit par des interactions physiques – le contact des yeux et le toucher, ou des interactions verbales (Byers et al., 2012; Kruske et al., 2012). Par exemple, cette mère nous a parlé de l'importance du toucher :

je trouve ça important que mon chum le touche souvent et s'occupe de lui. [...], Même naissant, je lui faisais faire du peau à peau avec lui, avant de partir travailler. [...] le toucher c'était toujours important chez nous, de mon père, surtout. Il me massait beaucoup quand j'étais jeune : les pieds, la tête (participante, mai 2014).

Certes, parmi les membres de la parenté, on ne peut nier la place qu'occupent les femmes (mères, tantes, sœurs, cousines) et plus spécifiquement les grand-mères dans l'éducation des enfants

(Eni, Harvey, Phillips-Beck, 2009; Robbins et al., 2005), notamment à travers la pratique de l'adoption coutumière. Il s'agit d'une pratique consensuelle et informelle qui : « consiste essentiellement en la possibilité, pour les parents biologiques autochtones, de demander à d'autres personnes de leur communauté, en principe des membres de leur famille, de prendre soin de leur enfant » (Lavallée, 2013 : 41).

Cette pratique culturelle est toujours très présente au sein des communautés autochtones. Elle est considérée non seulement comme une force qui préserve les liens familiaux et les traditions au sein des communautés, mais aussi comme une manière d'assurer le bien-être et la sécurité des enfants (Byers et al. 2012, Callahan et al., 2004; Irvine, 2009; Ivanova, Brown, 2011).

Les résultats préliminaires de notre recherche sur l'adoption coutumière confirment que cette pratique permet, entre autres, d'assurer la transmission de la langue et de maintenir en vie la valeur de l'entraide au sein de la communauté et qu'elle est un moyen singulier de prendre soin et d'assurer la protection des enfants. La capacité d'assurer la transmission de la langue est en soi considérée comme un facteur de protection significatif, car c'est à travers elle que l'enfant développe une identité culturelle forte et une bonne estime de lui-même (CCNSA, 2012; Heath et al., 2011).

3.2 Développer l'autonomie des enfants et respecter leurs choix

Le développement de l'enfant est un aspect central des pratiques et stratégies éducatives. Pour bon nombre de familles autochtones, supporter et encourager le développement de l'enfant suppose d'abord et avant tout de respecter le rythme de l'enfant et son autonomie. Dès leur naissance, les enfants sont considérés comme des personnes égales aux adultes, capables de communiquer leurs besoins, de sorte qu'il est de la responsabilité de tous les membres de la famille de répondre à leurs besoins (Kruske et al., 2012).

Ainsi, pour bon nombre de familles autochtones, l'établissement de routines telles que les siestes, l'heure du dodo, l'heure des repas semble tout simplement en contradiction avec leurs valeurs et stratégies d'éducation (Kruske et al., 2012; Heath et al., 2011). Une grand-mère nous explique :

Ils (les enfants) mangent quand ils ont faim. [...]. Pourquoi obliger un enfant à manger à certaines heures? À part que c'est plus commode pour la mère, je ne vois pas bien [...] puis on va se coucher quand on s'endort. C'est-tu pas plus naturel d'aller se coucher quand on s'endort?!! (participante, mai 2014).

De la même manière, la pratique du « cododo », largement répandue au sein des communautés autochtones, participe également de cette volonté de répondre au besoin de sécurité des enfants. Bon nombre de parents et de grands-parents que nous avons rencontrés nous ont parlé de l'importance de cette pratique :

On a pris une décision l'année passée de dormir dans la même pièce, tout le monde, comme vivaient nos ancêtres [...]. Tout le monde est heureux, tout le monde est comblé dans la famille. Il n'y a pas une pièce à part pour les enfants (participante, mai 2014).

Si les enfants sont à même de pouvoir identifier ou exprimer leurs besoins, ils peuvent également faire leurs propres choix, de sorte que les parents autochtones vont agir de manière à supporter l'autonomie de leurs enfants (Byers et al., 2012; Heath et al., 2011; Kruske et al., 2012;). Ainsi, au lieu d'interdire quoi que ce soit, les membres de la famille ont plutôt tendance, dans la mesure du possible, à offrir aux enfants tout ce qu'ils demandent, y compris des choses qui peuvent sembler mauvaises pour la santé, comme les boissons gazeuses et les sucreries.

Dans bien des sociétés autochtones, cette autonomie est reliée au principe éthique de non-interférence ou non-ingérence qui accorde à l'individu le droit de créer sa vie à partir de ses propres expériences. Interférer dans la vie des individus, tout comme ordonner ou persuader, est donc considéré comme une intrusion et un manque de respect (Guay, 2010). Par conséquent, il est considéré comme inapproprié d'empêcher une personne d'agir selon ses désirs, même si cela peut lui être

nuisible (Byers et al., 2012). Comme l'explique Irvine, ce principe est sans aucun doute l'un : « des principes les plus largement reconnus comme guide du comportement chez les autochtones. Il s'agit aussi probablement de l'un des moins bien compris » (Irvine, 2009 : 30).

S'il est aussi mal compris, notamment quand vient le temps de parler d'éducation des enfants, c'est que l'éthique de la non-interférence s'oppose au fondement même des pratiques parentales de la plupart des sociétés occidentales. Comme parents, nous nous attendons à ce que nos enfants agissent en fonction de consignes claires et de conséquences préalablement identifiées au cas où ils n'obéiraient pas. D'ailleurs, la plus grande difficulté que nous rencontrons en tant que parents, c'est d'être cohérent dans l'application de ces conséquences. Or, cette éthique de la non-interférence, qui suppose une grande liberté d'action et un très grand respect pour le rythme de l'enfant, est souvent perçue comme une abdication de notre rôle de parent (Irvine, 2009).

Bref, les travailleurs sociaux œuvrant en contexte autochtone doivent être vigilants et se rappeler qu'il peut être périlleux de juger les comportements des parents et des membres de la famille d'un enfant auprès de qui ils ont à intervenir. Ce qui peut être perçu comme le signe d'un manque de supervision, de contrôle ou de discipline parentale peut très bien refléter une manière tout à fait différente et légitime d'éduquer et de prendre soin d'un enfant.

Les parents autochtones guidés par un principe ou une éthique de la non-interférence vont généralement utiliser des techniques d'attention sélective (Byers et al., 2012; Heath et al., 2011). Nous verrons dans la prochaine section qu'en misant sur de telles stratégies, ils n'ont pas besoin de sermonner ou de donner des ordres pour amener les enfants à obéir ou pour les socialiser. Au contraire, les enfants sont plutôt amenés à faire leurs propres choix et à vivre les conséquences de ceux-ci (Byers et al., 2012).

3.3 Miser sur des stratégies indirectes et non coercitives

Les moyens pour assurer et maintenir la discipline varient grandement d'une société à l'autre. Des auteurs comme Byers et ses collègues (2012) ont démontré que dans les sociétés qui valorisent l'autonomie des enfants plutôt que la conformité, les parents vont généralement éviter une discipline sévère. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'orientent pas ou ne régulent pas le comportement de leurs enfants.

Bien que les enfants autochtones soient encouragés à déterminer leurs besoins et à faire leurs propres choix, les autres enfants et adultes qui les entourent peuvent influencer leur comportement. Dès la petite enfance, les familles vont promouvoir le développement de l'enfant de différentes manières, notamment en parlant constamment avec leur enfant, en encourageant la verbalisation et le langage (Kruske et al., 2012).

Par la suite, les parents vont surtout miser sur des stratégies indirectes telles que les avertissements, l'observation, l'imitation, l'apprentissage par l'expérimentation (Byers et al., 2012; Heath et al., 2011). Ainsi : « on reconnaît et encourage les comportements appropriés, tout en faisant appel à l'humour et aux discussions indirectes pour changer les comportements inappropriés » (Irvine, 2009 : 16). Par exemple, certains parents vont miser sur les taquineries, raconter des histoires, notamment celles qui font peur⁸ pour distraire les enfants, décourager les comportements inappropriés et prévenir des blessures corporelles (Byers et al., 2012; Heath et al., 2011; Kruske et al., 2012), d'autres peuvent distraire les enfants en faisant des bruits ou des gestes. Dans tous les cas, ces stratégies sont conçues pour gérer les comportements indésirables tout en évitant de devoir les interdire de manière directe. Pour bon nombre de parents autochtones, dire « non » ou « ne fais pas ça » ne fait qu'encourager le désir de l'enfant de persévérer dans son comportement inapproprié. Cette approche indirecte de régulation des comportements est tout à fait cohérente avec l'idée décrite plus haut, selon laquelle les enfants sont des êtres autonomes, capables d'agir par eux-mêmes (Heath et al., 2011; Kruske et al., 2012).

⁸ On n'a qu'à penser à nos histoires de *bonhomme sept heures*.

En somme, l'apprentissage à travers l'écoute, l'observation et l'imitation est sans aucun doute ce qui caractérise le plus le processus d'enculturation et de socialisation des enfants autochtones. Les enfants apprennent à être vigilants et à expérimenter les dangers sans nécessairement se faire donner des directives afin d'obéir à des normes spécifiques. Au contraire, ils expérimentent et assument graduellement les conséquences de leurs actes (Heath et al., 2011). Dans ce modèle d'encadrement, les punitions, qu'elles soient physiques ou non, sont rares. D'ailleurs, les punitions physiques sont généralement absentes des stratégies éducatives (Byers et al., 2012; Irvine, 2009; Heath et al., 2011). Certains auteurs comme Byers et ses collègues notent qu'elles peuvent être utilisées, mais seulement en dernier ressort pour éviter qu'un enfant se mette en danger. Toutefois, elles ne sont jamais utilisées pour encourager un standard de comportement désiré. Cela dit, pour Irvine (2009), même si les punitions sont rares, les pratiques éducatives des parents autochtones reposent quand même sur une structure et une discipline dans lesquelles les attentes et les conséquences sont clairement établies. Il faut surtout comprendre que cette manière non directive et non coercitive est directement reliée à l'éthique de non-interférence décrite plus haut.

CONCLUSION

À l'instar des familles québécoises, le mode de vie des familles autochtones évolue et se transforme rapidement. Néanmoins, au cœur de ces transformations, on retrouve des valeurs et des croyances qui persistent et qui animent toujours la vie familiale des autochtones et, par conséquent, les pratiques et les stratégies éducatives. Certes, il faut aborder chaque famille comme étant unique et singulière, mais surtout comme étant experte de sa propre situation (Heath et al., 2011). Ainsi, offrir à chaque famille un espace pour se raconter et partager son expérience familiale, pour décrire ses dynamiques internes, son adhésion aux traditions ou non, son attachement à certaines valeurs telles que l'attachement aux liens de parenté et l'éthique de la non-interférence semblent être la voie à privilégier pour entrer en relation avec les parents et les membres de la famille d'un enfant autochtone.

Cela dit, en tant que travailleurs sociaux, il importe également de s'équiper d'un ensemble de connaissances, notamment sur l'histoire. Comprendre la source des inégalités structurelles avec lesquelles les familles doivent toujours composer permet de mieux saisir les réels défis auxquelles elles sont confrontées. En effet, la pauvreté, le logement inadéquat et la consommation de drogues ne sont pas uniquement l'expression de carences individuelles ou génétiques, mais surtout des effets des politiques colonisatrices. D'ailleurs, Blackstock et ses collègues (2007) nous rappellent que si on ne s'attaque pas aux problèmes structurels qui affectent les communautés autochtones, il est peu probable que l'on voie diminuer les placements des enfants autochtones. Dans les faits, selon Irvine (2009) :

« Les réalités contemporaines et les expériences du passé qui ont eu des répercussions sur les parents, les enfants et les adolescents autochtones suggèrent que nous pouvons et que nous devons faire mieux, beaucoup mieux, en assurant la création de programmes, de ressources et de services qui soient réellement sensés, équivalents, efficaces et sensibles à la culture des parents autochtones » (Irvine, 2009 : 1).

Les travailleurs sociaux ne peuvent pas négliger le cri du cœur des familles autochtones qui sont de plus en plus nombreuses à vouloir un changement et surtout une reconnaissance de leur capacité à prendre soin, à éduquer et surtout à trouver des solutions culturellement appropriées pour assurer la protection de leurs enfants.

ABSTRACT :

This article deals with the contemporary life of First Nations families, along with the specificity and originality of their parenting practices. The socio-historic portion positions the impact of colonial and post-colonial history on family and social life (including assimilation policies) as well as their economic realities. The care and rearing of children are a responsibility shared by the native community. Values concretely guide rearing practices; mothering strategies; the socialization of children; regulation of behaviours; respect of the child's pace and autonomy; use of indirect, non-coercive disciplinary strategies. Social workers working with native families must grasp these dimensions in order to recognize their ability to rear and care for their children as demanded by these families.

KEY WORDS :

kinship, social aspects, social conditions, cultural assimilation, government relations, social work with native peoples - Québec

RÉFÉRENCES

- Brant Castellano, M. (2002). *Tendances familiales autochtones : Les familles élargies, les familles nucléaires, les familles du cœur*, Institut Vanier de la famille.
<http://www.vanierinstitute.ca/include/get.php?nodeid=1379>
Consulté le 2 août 2014.
- Blackstock, C., Brown, I., et M. Bennett (2007). « Reconciliation: Rebuilding the Canadian child welfare system to better serve Aboriginal children and youth »:59-87, dans Brown, I. (sous la dir.), *Putting a human face on child welfare : Voices from the Prairies*, Regina: Prairie Child Welfare Consortium.
www.cwrp.ca/sites/default/files/publications/prairiebook/Chapter3.pdf
Consulté le 29 août 2014.
- Byers, L., Kulitja, S., Lowell, A. et S.D. Kruske (2012). « Hear our stories: Child-rearing Practices of a Remote Australian Aboriginal Community, *Australian Journal of Rural Health*, no. 20, 293-297.
- Callahan, M., Brown, L., MacKenzie, P., et B. Whittington (2004). « Catch as catch can : grandmothers raising their grandchildren and kinship care policies », *Canadian Review of Social Policy*, no. 54, 58-78.
- Commission des droits de la personne et des droits de la Jeunesse (CDPDJ) (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*, Québec, 88 pages.
- Cheah, C.S.L., et K.A. Sheperd (2011). « A Cross-Cultural Examination of Aboriginal and European Canadian Mothers' Beliefs Regarding Proactive and Reactive Aggression », *Infant & Child Development*, no. 20, 330-346.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) (2012). *L'espace sacré de la féminité, le maternage à travers les générations*, Évènement national sur les femmes des Premières Nations, inuites et métisses et sur le maternage,
www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/119/motherhood_FR_web.pdf
Consulté le 20 août 2014.
- Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR) (2012). *Ils sont venus pour les enfants : le Canada et les peuples autochtones*, Winnipeg : la Commission.
- Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) (1996b). *Vers un ressourcement*, Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 3, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.
- Dickason, O.P. (1996). *Les premières nations du Canada*, Québec : Septentrion.
- Eni, R., Harvey, C.D.H., et W. Philips-Beck (2009). « In Consideration of the Needs of Caregivers: Grandparenting Experiences in Manitoba First Nation Communities », *First Peoples Child & Family Review*, vol. 4, no 2, 85-98.
- Guay, C. (2010). *La rencontre des savoirs à Uashat mak Mani Utenam : regards des intervenants sociaux innus sur leur pratique*, Thèse de doctorat, Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Guay, C. et S. Grammond (2012). « Les enjeux de l'application des régimes de protection de la jeunesse aux familles autochtones », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, no. 1, 67-83.
- Halverson, K., Puig, M.E., et S.R. Byers (2002). « Culture Loss: American Indian Family Disruption, Urbanization and the Indian Child Welfare Act », *Child Welfare League of America*, vol. 81, no. 2, 319-336.

- Heath, F., Bor, W., Thompson, J., et L. Cox (2011). « Diversity, Disruption, Continuity: Parenting and Social and Emotional Wellbeing Amongst Aboriginal Peoples and Torres Strait Islanders », *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, vol. 32, no. 4, 300-313.
- Higgins, D. J., Bromfield, L.M., Higgins, J.R. et N. Richardson (2006). « Protecting Indigenous Children: Views of Carers and Young people on “Out-of-Home Care” », *Family Matters*, vol. 75, p. 42-49.
- Lavallée, C. (2013). « L'adoption coutumière autochtone et l'adoption légale québécoise : vers l'émergence d'une interface entre deux cultures? » : 35-71 dans Otis, G. (sous la dir.), *L'adoption coutumière autochtone et les défis du pluralisme juridique*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Irvine, K. (2009). « Soutien des parents autochtones : enseignements pour l'avenir », Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
[http://www.nccahccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/37/Supporting%20Aboriginal%20Parents%20-%20Teachings%20for%20the%20Future%20\(French\).pdf](http://www.nccahccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/37/Supporting%20Aboriginal%20Parents%20-%20Teachings%20for%20the%20Future%20(French).pdf)
 Consulté le 21 août 2014.
- Ivanova, V., et J. Brown (2011). « Strengths of Aboriginal Foster Parents », *Journal of Child & Family Studies*, vol. 20, no 3, 279-285.
- Johnston, P. (1983). *Native Children and the Child Welfare System*, Toronto : Conseil canadien de développement social.
- Kruske, S., Belton, S., Wardaguga, M. et C. Narjic (2012). « Growing up our way: The first year of life in remote Aboriginal Australia », *Qualitative Health Research*, vol. 22, no. 6, 777-787.
- Martin, T. (2009). « Pour une sociologie de l'autochtonie » : 431-454, dans Gagné, N., Salaün, M., et T. Martin (sous la dir.), *Autochtonies : vues de France et du Québec*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Poirier, S. (2009). « Pratiques et stratégies de résistance et d'affirmation en milieu autochtone contemporain : une analyse comparative d'exemples canadiens et australiens » : 331-349, dans Gagné, N., Martin, T. et M. Salaün (sous la dir.), *Autochtonies : vues de France et du Québec*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Radio-Canada (2013). « La DPJ n'est plus la bienvenue à Lac-Simon, en Abitibi », <http://www.radio-canada.ca/regions/abitibi/2013/11/12/009-manifestations-lac-simon.shtml>
 Consulté le 25 août 2014.
- Sinha, V., Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Fast, E., et al. (2011). *Kiskisik Awasisak : Remember the Children. Understanding the Overrepresentation of First Nations Children in the Child Welfare System*, Ottawa : Assemblée des Premières Nations.
http://www.cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/FNCIS2008_March2012_RevisedFinal.pdf
 Consulté le 30 nov. 2014.
- Tourigny, M., Domond, P., Trocmé, N., Sioui, B., et K. Baril (2007). « Les mauvais traitements envers les enfants autochtones signalés à la Protection de la jeunesse du Québec : comparaison interculturelle », *First Peoples Child and Family Review*, vol. 3, no. 3, 84-102.

« M'aides-tu pareil? »

Proche aidance, diversité sexuelle et enjeux de reconnaissance.

par

Patrick Lavigne, Étudiant 2^e cycle en travail social, Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme
Josée Grenier, T.S., Ph. D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme.
josee.grenier@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Dans le cadre d'une formation en travail social effectuée dans un organisme communautaire québécois, l'un(e) des auteur(e)s relate l'histoire du cas d'une femme de 75 ans, veuve depuis deux ans de sa conjointe. Ceci l'amène à faire le constat des préjugés des intervenants du système de santé et de services sociaux à l'égard des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles/transgenres, queers et intersexes (LGBTQI). Ces comportements discriminatoires ont un impact sur le vécu des couples. Malgré la politique québécoise de lutte contre l'homophobie et la Charte des droits et libertés, ils/elles sont encore invisibles dans le réseau de la santé et des services sociaux. La formation des intervenants est donc importante.

MOTS-CLÉS :

minorités sexuelles âgées, deuil chez la personne âgée-aspects psychologiques, couples homosexuels, discrimination, accès aux services

« M'aides-tu pareil?... Si je te dis que je ne suis pas pareil et que je suis semblable en même temps? Si je n'ose pas te dire que je suis différente et pareille à plein d'autres? Toute intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux ne connaît pas de barrières? Et n'en pose pas non plus? »

INTRODUCTION

Cet article, à travers la présentation d'une pratique d'intervention psychosociale auprès d'une femme âgée homosexuelle, veuve de sa conjointe, tente de poser la problématique de l'homosexualité, du dévoilement et de la trajectoire de la proche aidance dans le contexte de notre système de santé confronté à une population vieillissante et de notre société dite ouverte aux valeurs pluralistes.

Cet article vise à démontrer les enjeux vécus et ressentis par les personnes LGBTQI (Lesbiennes, Gaies, Bisexuelles, Transexuelles, Queers et Intersexes) âgées et les minorités sexuelles dans leur rapport aux professionnels de la santé, au regard de la prégnance des normativités hétérosexuelles et de ses fortes représentations inscrites au sein des services de santé et des services sociaux. Cette surreprésentation tend à négliger les réalités et besoins des groupes minoritaires et engendre une mise à l'écart par une forme d'invisibilité de ces groupes de personnes. On fait tout simplement comme s'ils n'existaient pas, ou presque... : « health care service models have been based on a heterosexual view making GL elders invisible to the health care provider » (Claes, Moore, 2000).

L'article se divise en quatre parties. La première se rapporte à une discussion plus théorique sur la problématique de l'homosexualité. Les thèmes de cette section abordent les discriminations

vécues par les personnes âgées LGBTQI en exposant certains faits et événements tirés de l'histoire leur portant préjudice, en soulignant la part de responsabilité des professionnels de la santé dans la maltraitance et les violences sociales subies par ce groupe. Le contexte présenté permet d'illustrer les enjeux encore actuels, liés au dévoilement de leur orientation sexuelle, par les personnes LGBTQI plus âgées. Cette problématique soulève du même coup la question des représentations normatives au sein du réseau de la santé et des services sociaux, de l'aisance et de l'expertise des intervenantes à agir avec discernement et qualification auprès des personnes LGBTQI.

La seconde section présente une situation d'intervention réalisée auprès d'une femme homosexuelle âgée, endeuillée par la mort de sa conjointe et explore, plus spécifiquement, sa trajectoire d'aidante. À partir d'une perspective féministe, sont discutés les rapports vécus et ressentis avec les professionnels de la santé, les enjeux liés au non-dévoilement de son statut de conjointe et au sentiment d'isolement vécu pendant la maladie de sa conjointe et, plus tard, la reconquête de soi et de sa vie.

La troisième partie explore les enjeux de reconnaissance vécus par les personnes LGBTQI, notamment la reconnaissance juridique et sociale. Et, en dernière partie, sont proposées des pistes de réflexion pour la pratique et la recherche.

1. Homosexualité, âge, dévoilement et proche aidance

On en sait très peu à propos de la santé et des besoins en soins de santé des aînés gais et aînées lesbiennes et de leurs proches aidants et aidantes. Cette situation s'explique par divers facteurs (Brotman et al., 2006). Les gais et lesbiennes de 65 ans et plus ont commencé à vivre leur vie d'adulte avant que la communauté homosexuelle ne s'organise et commence à revendiquer des droits. Plusieurs d'entre eux et d'entre elles ne se sont jamais identifiés à cette communauté (Brotman, Ryan, Cormier, 2010). Et, quand ces personnes, plus âgées, doivent avoir recours plus souvent aux services sociaux de soutien et de santé, elles se sentent encore obligées de camoufler leur orientation sexuelle pour ne pas vivre la discrimination et la marginalisation qu'elles ont connues une très grande partie de leur vie (D'Augelli, Grossman, 2001). Les gais et lesbiennes, mais plus spécifiquement ceux et celles âgés de 60 ans et plus, démontrent une certaine méfiance face aux intervenants du réseaux ayant été l'objet à une certaine époque d'attitudes et de pratiques discriminatoires au sein même du système de santé. Introduite dès l'origine dans le DSM (Diagnostic Statistical Manual) comme trouble mental en 1952, l'homosexualité en a été retirée en 1973 (Macé, 2010) et ce retrait met fin à l'internement forcé des personnes homosexuelles subissant des traitements pour les guérir de leur orientation homosexuelle : électrochocs, lobotomie, thérapie d'inversion (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1994; Centrale des syndicats du Québec, s.d.)

« La médecine, la psychiatrie, la psychanalyse, la psychologie, la sexologie et le travail social ont été les artisans ou les vecteurs de théories qui pathologisent et problématisent les minorités sexuelles, en plus d'avoir concouru à leur répression par le biais de l'institutionnalisation et de la thérapie « réparatrice » (Charlebois, 2011 : 11).

Malgré ce retrait du DSM, les changements d'attitude se ne transforment que peu à peu (Charlebois, 2011). Cet épisode dans l'histoire n'est pas sans provoquer des conséquences. Certaines personnes sont réticentes à dévoiler leur orientation sexuelle aux intervenants, et, par le fait même, leurs besoins, par crainte des préjugés (Institut national de santé publique, s.d.). Et pourtant, leur nombre est important. En 2007, les aînés LGBTQI dévoilés étaient au nombre minimum de 51 600 au Canada (Spencer, 2007). Parallèlement, les institutions de santé et de services sociaux démontrent peu d'intérêt envers ce groupe en matière de besoin de services. Découlent de ces réalités une invisibilité et un isolement des aînés gais et aînées lesbiennes et de leurs proches aidants et aidantes au sein du réseau de la santé, des services sociaux et des institutions peu préparées aux réalités et besoins spécifiques de ce groupe d'aînés (Brotman et al., 2006).

Derrière un discours officiel d'ouverture, les discriminations existent toujours. Les pressions normatives de l'hétérosexualité sont toujours existantes; sortir du placard entraîne bien souvent un coût en exposant la personne aux préjugés voire même aux discriminations. Une enquête sociale générale sur la victimisation effectuée par Beauchamp (2004) indique que la proportion de gais, de lesbiennes et de bisexuels qui ont déclaré avoir été victimes de discrimination était environ trois fois plus importante que celle des hétérosexuels. Les données de l'enquête sociale sont révélatrices :

« 44 % des gais et lesbiennes et 41 % des bisexuels estimaient avoir été victimes d'une forme quelconque de discrimination au cours des cinq années précédentes, comparativement à 14 % des hétérosexuels. De plus, 78 % des gais et lesbiennes qui avaient fait l'objet de discrimination attribuaient ces incidents à leur orientation sexuelle, comparativement à 29 % des bisexuels et 2 % des hétérosexuels » (Beauchamp, 2004 : 11).

Un sondage réalisé aux États-Unis auprès des assistantes infirmières travaillant aux soins de longue durée et portant sur leurs attitudes à propos des orientations sexuelles basées sur une échelle de l'homophobie démontre un taux modéré de discrimination, en particulier dans les soins de longue durée (Dickey, 2012). Par ailleurs, la revue de littérature effectuée par Dickey montre que les infirmières ont certaines attitudes négatives vis-à-vis des personnes qui ont des relations sexuelles homosexuelles : « Literature indicates that nurses' attitudes toward patients with regard to same-sex orientation are often negative » (Dickey, 2012 : 565).

Les statistiques révèlent la présence de discrimination chez les gais et lesbiennes. Ainsi, un grand nombre d'aînés ont vécu toute leur vie de l'homophobie et ont eu à faire face à de la discrimination, à une pauvre qualité des services et des traitements principalement à cause de l'hétérosexisme (Brotman et al., 2006 ; Dickey, 2012) avec, comme conséquence, une sous-utilisation des services.

Comme mentionné plus haut, ces expériences négatives et dévalorisantes ont pour effet de limiter les demandes de services de santé et l'expression des besoins. Un constat désolant. La période de la vieillesse, surtout avancée, requiert bien souvent des soins et du soutien lorsque l'autonomie diminue. Il est urgent de renverser ces représentations négatives. Le contexte démographique, avec sa population vieillissante exponentielle, appelle un nombre croissant de professionnels à prendre soin des personnes LGBTQI âgées. Les pratiques sont à réviser.

L'hétérosexisme « prend comme acquis que tout le monde est hétérosexuel, sauf avis contraire » (Welzer-Lang, 2007)¹. Comme le rapporte Charlebois (2011), des intervenants posent la question des conjointes ou conjoints des personnes en les supposant de sexe opposé. Même si cette pratique a de bonnes intentions, elle rappelle « l'hégémonie ou la surreprésentation des réalités hétérosexuelles et contribue à l'idée, par effet de cumul, que seules ces dernières sont dignes d'être concrètes et visibles » (: 137). Certains adultes seront en mesure de faire face à cette « invisibilité », d'autres, comme les jeunes, plus vulnérables, ou les aînés, tairont leur réalité (Charlebois, 2007; Groupe de travail mixte contre l'homophobie, 2007 : 107;).

2. Parler ou se taire, le défi pour recevoir une aide professionnelle

Ainsi, les conjoints de même sexe et les proches aidants de personnes homosexuelles font face à des défis supplémentaires dans le système de santé et des services sociaux (Silverman, 2008). Il semble que les intervenants soient peu conscientisés et mal à l'aise avec les questions de l'identité et de la sexualité et évitent ainsi d'aborder le sujet (Brotman et al., 2006). Cette situation constitue, encore ici, une limite pour l'offre de services aux aînés gais et aînées lesbiennes.

Plusieurs gais et lesbiennes rapportent avoir vécu difficilement les relations avec les professionnels de la santé : refus de visites aux partenaires et amis, refus d'impliquer les partenaires concernant les soins à donner. Cette situation révèle un manque de sensibilisation et de connaissance,

¹ Cette définition est une adaptation libre de celle proposée par Joseph Neisen (1990).

et même, parfois, une discrimination encore présente chez le personnel soignant à l'égard des problèmes et des expériences vécues par les gais et les lesbiennes ainsi qu'une non-volonté de concevoir des politiques et des lignes directrices positives pour les aînés homosexuels (Kochman, 1997; Metz, 1997). Comme le soulignera l'usagère des services lors de notre expérience d'intervention, les bénéficiaires homosexuels sont particulièrement inquiets au sujet des services à domicile, du placement en hébergement et du soutien en groupes d'entraide. En raison de cette discrimination prévue ou réelle, les aînés homosexuels ont tendance à sous-utiliser les services sociaux et les services de santé (Silverman, 2008).

L'expérience de proche aidance, qu'elle se réalise en mode hétérosexuel ou homosexuel, se vit de la même façon sur plusieurs aspects selon un continuum oscillant entre deux pôles, l'un négatif de lourdeur, de stress, de fatigue et l'autre positif de satisfaction du travail accompli, de réalisation de soi, d'engagement et de sens donné à sa vie (Caradec, 2009). Cependant, des différences apparaissent chez les proches aidants homosexuels pendant et après la trajectoire de proche aidance : traiter avec des politiques et des pratiques insensibles ou non-soutenantes de leur relation, faire face au dévoilement de la nature de leur relation, planifier ou décider des actions pour protéger leur relation ou le fait d'être acceptés tels qu'ils sont, de faire face au défi de réintégrer la communauté gaie, de traverser les expériences d'être gai ou lesbienne dans ces situations, d'expérimenter la peine et la douleur sans qu'elles soient reconnues (Hash, 2006).

À titre d'exemple, au Québec, en 2006, deux organismes de soutien aux homosexuels, Gai Écoute² et le Réseau des lesbiennes du Québec ont remis un mémoire à la commission des aînés. Ils n'avaient pas réussi à trouver un seul homosexuel avoué en centre d'hébergement au Québec. Le Réseau des lesbiennes du Québec a organisé la diffusion d'une vidéo dans les centres d'hébergement pour sensibiliser les personnes à la condition lesbienne en ces lieux et certaines personnes ayant assisté à la projection ont par la suite été cataloguées homosexuelles et harcelées par les gens du milieu (Montpetit, 2009).

3. Couple de femmes âgées, lorsque la maladie survient

L'expérience d'intervention illustrant la problématique posée a été réalisée par l'un des auteurs, dans le cadre d'un stage de consolidation, de janvier à mai 2014, au sein d'un organisme communautaire régional du Québec, offrant, parmi ses services, le soutien psychosocial individuel et des groupes de soutien et d'entraide auprès de proches aidants. La majorité de la clientèle était composée de femmes âgées de plus de 60 ans, proches aidantes de leurs conjoints, atteints de maladies neurodégénératives telles la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées. Pour assurer la confidentialité, l'organisme ne sera pas identifié et les noms des personnes ainsi que certains renseignements personnels des dossiers ont été modifiés.

Contexte de la demande

La demande initiale a été faite, au début de l'année 2014, quand la cliente, Marie, a contacté l'organisme pour obtenir des services de soutien psychosocial individuel. Le facteur déclencheur de sa demande a été l'anniversaire de la mort de sa conjointe, Anne, survenue deux ans auparavant.

Cette femme, âgée de 75 ans, veuve depuis deux ans, a vécu une relation de couple sans enfant avec sa conjointe pendant 51 ans. Retraitée depuis sept ans, elle travaillait dans le domaine de la santé et vivait avec sa conjointe à l'extérieur de la ville depuis 35 ans. Les deux femmes ont beaucoup voyagé, mais rarement au Québec, de peur d'être reconnues. Elles s'intéressaient toutes les deux à la peinture et à la musique. La conjointe est décédée à l'âge de 94 ans, d'une maladie dégénérative qui a duré six ans. Au cours de leur relation, elles se sont peu ouvertes aux autres. Leur réseau social, déjà très restreint

² En janvier 2005, les deux organismes, Gai Écoute et la Fondation Émergence, présentaient un mémoire commentant le Rapport sur la mise en oeuvre de la loi sur les aînés 1999-2004 à la Commission de la culture de l'Assemblée nationale du Québec.

avant la mort de la conjointe, s'est rétréci avec la maladie de cette dernière. À l'exception de sa sœur, sa conjointe était sa seule amie.

Au moment des rencontres, Marie prenait des antidépresseurs depuis environ six mois. C'est une femme reconnue dans son champ d'expertise, dotée d'une bonne estime d'elle-même, d'une grande autonomie professionnelle, d'un sens des responsabilités très développé, habituée à résoudre les problèmes et d'une grande fidélité autant dans sa relation amoureuse que sur le plan professionnel.

Situation du couple

Marie a pris soin de sa conjointe à la maison pendant les six années de la maladie, sauf pendant les six derniers mois où celle-ci a été hébergée en CHSLD – centre d'hébergement de soins de longue durée. Elle a vécu une relation amoureuse intime pendant 51 ans. Elles n'ont jamais dévoilé leur relation de couple sauf à de rares amies et à la sœur de Marie. Elles ont toujours vécu en retrait, et, les 35 dernières années, à la campagne. Encore aujourd'hui, Marie est très discrète à cet égard.

Après la mort d'Anne, Marie se sentait seule, avait l'impression de ne pas avoir terminé de vivre son deuil, d'avoir perdu son identité et de ne pas savoir à quoi elle servait. Elle croyait que son deuil aurait été plus facile à vivre si elle avait vécu une relation hétérosexuelle parce que, selon elle, elle aurait pu en parler davantage.

Malgré la tristesse de Marie, il n'y avait pas de situation de crise ni de désorganisation de sa part. Jusqu'au début des consultations, elle parlait de son deuil uniquement avec sa sœur. Pour tenter de sortir de son isolement, elle avait repris, quelques heures par semaine, une activité bénévole qu'elle exerçait avant la maladie d'Anne.

Étant donnée la nature de la relation qu'elle entretenait avec sa conjointe et n'ayant pas su en parler ni dans son milieu professionnel ni auprès du personnel soignant, Marie s'est retrouvée seule et isolée après la mort d'Anne. Son homosexualité, toute sa vie, vécue presque cachée, l'empêchait de trop parler de la mort de sa conjointe et d'exprimer sa peine aux quelques personnes qu'elle côtoyait de peur de se dévoiler. Leur non-dévoilement en tant qu'homosexuelles durant la maladie de sa conjointe a mené Marie à vivre de nombreuses frustrations face au personnel soignant, frustrations dont elle n'osait parler à personne. Professionnelle du réseau de la santé toute sa vie et proche aidante pendant six années, elle s'était toujours définie comme aidante. Une fois sa conjointe décédée, elle n'avait plus personne de qui prendre soin. Son rôle d'aidante, son rôle conjugal et son rôle de confidente et d'amie n'étaient plus, et c'était comme si sa vie ne servait plus à rien et qu'elle avait perdu son identité en cours de proche aide. Elle cherchait à donner un sens à sa vie.

Le sentiment de solitude, le manque d'expression de sa peine, la perte de ses rôles, la difficulté de recommencer à vivre comme femme seule, tous ces éléments faisaient croire à un problème lié à un changement de vie. En plus, elle changeait de rôle et de statut en raison de la modification de sa situation sociale, à la suite de la mort de sa conjointe. Son problème de dépression réactionnelle était probablement relié à la longue maladie et à la mort de sa conjointe et au deuil en cours.

Bien que Marie ait démontré des habiletés à résoudre les problèmes au cours de sa carrière et durant la maladie de sa conjointe, son réseau social était très limité et, comme elle croyait devoir dévoiler son homosexualité pour y parvenir, elle n'était pas très motivée à changer. Tenant compte de ces facteurs, le pronostic de résolution des problèmes identifiés semblait moyennement élevé. Pour amener le changement chez Marie, ont été utilisés les rencontres individuelles et le recours à son réseau de bénévoles et à sa sœur. Marie a revu son médecin pour vérifier la médication d'antidépresseurs et des organismes féministes régionaux lui ont été recommandés par la suite.

L'approche féministe : se reconnaître, se réapproprier sa vie et sortir du placard

L'approche privilégiée a été l'approche féministe anti-oppressive. Les objectifs sous-jacents visaient à tenter de désarticuler les rapports d'oppression collective et continue (Lundy, 2004; Mullaly, 1997; 2002; 2007) et de marginalisation sociale (Davis, 2007; Mullaly, 2007), véhiculés par les dimensions

patriarcales de la société, source de souffrance d'abord en tant que femme, en tant que femme âgée puis en tant que femme marginalisée par son orientation sexuelle, et ensuite d'essayer avec elle de lui rendre son pouvoir personnel et son autonomie dans une perspective d'*empowerment* individuel (Ninacs, 2008). L'intervention s'est articulée autour de deux axes majeurs. D'abord, il lui fallait assumer son nouveau rôle, celui de femme seule, d'une part par une exploration de ses champs d'intérêt personnel et une prise de responsabilités accrue au sein de l'organisme de bénévolat auquel elle participait avant la maladie de sa conjointe, d'autre part par une plus grande participation à des activités sociales en lien avec son bénévolat et d'autres organisations. Ensuite, elle devait prendre conscience et définir ses besoins relationnels par l'inventaire de ses relations sociales et amicales actuelles et la recherche de situations de transactions sociales significatives en vue d'un agrandissement de son cercle social.

Suite à l'établissement d'un contrat informel avec Marie pour fixer les objectifs, les moyens pour y parvenir et les indicateurs de changement dans sa vie actuelle, le travail s'est effectué en rencontres individuelles au rythme de sa demande. Son expérience de proche aidante corroborait presque en tous points les différents éléments mentionnés dans la problématique. À titre d'exemple, Marie et sa conjointe ont vécu différentes formes de discrimination durant la maladie de cette dernière : refus du médecin d'accepter la présence de Marie lors des examens de sa conjointe, obligation de la conjointe de préciser que Marie était sa meilleure amie et qu'elle voulait une présence rassurante quand elle était encore suffisamment consciente pour le faire, commentaires désobligeants de la part du personnel soignant à son égard, manque conscient ou inconscient de perspicacité de la part de la travailleuse sociale pour une offre de soutien. Ses frustrations face au personnel soignant durant la maladie de sa conjointe ont demandé beaucoup de ventilation et de recadrage dans un contexte plus large d'oppression sociale et de marginalisation que celui de sa situation individuelle (Moreau, 1987). Pour évacuer sa peine et la souffrance de sa solitude, elle a eu besoin de beaucoup d'écoute et d'empathie. De plus, la révélation de soi et l'âge de l'intervenant psychosocial ont été des facteurs contribuant à l'établissement d'un lien de confiance plus rapide et à une forme de solidarité dans l'analyse des rapports d'oppression inconscients vécus et véhiculés par les intervenants du milieu de la santé, autant durant sa carrière que pendant la maladie de sa conjointe.

Après quelques rencontres, Marie a commencé à exprimer la peine causée par la perte de sa conjointe et les multiples frustrations vécues lors de la maladie de cette dernière ainsi qu'à prendre conscience du poids de l'oppression sociale généralisée, subie autant dans sa vie personnelle, professionnelle que dans son rôle de proche aidante. Puis, Marie a réalisé l'importance du réseau social et la nécessité d'agrandir son cercle d'amis et d'amies. Elle a aussi décidé d'accepter plus de responsabilités au sein de son organisme de bénévolat et de participer à des activités. De plus, elle a renoué avec ses intérêts, et a vu des expositions de peinture dans sa région et a assisté à des concerts à Montréal. Il est important et opportun de souligner que Marie a refusé, encore par crainte de dévoilement, de porter plainte que ce soit auprès de la Commissaire aux plaintes ou de certains ordres professionnels contre les comportements inadéquats et insensibles du médecin et de la travailleuse sociale de sa conjointe, contre les commentaires désobligeants et blessants du personnel soignant et contre le manque d'offre de soutien à son égard en tant que proche aidante durant toute la maladie d'Anne.

Au cours de la même période de stage, l'auteur a rencontré dans sa pratique un autre couple homosexuel. Encore une fois, il a observé la même crainte de dévoilement et le même refus de porter plainte contre les commentaires d'un médecin à propos d'un usager proche aidant, âgé de 65 ans, qui prend soin de son conjoint de 75 ans, de peur des représailles lors des soins à domicile offerts actuellement par le CLSC et dans l'éventualité prochaine de l'hébergement.

Comment expliquer le silence de Marie et celui de cet autre usager homosexuel? Méfiance envers les intervenants? Honte? Crainte de se sentir jugé? Disqualifié? Oppression et marginalisation déjà ressenties et vécues?

4. Enjeux de reconnaissance : de la reconnaissance juridique à la reconnaissance sociale pour un mieux vivre ensemble

Les normes sociales sont établies en fonction de l'époque, du pays et de la culture. Les normes sont imposées, érigées, par une majorité sans tenir compte des différences individuelles. Au Québec et dans plusieurs pays du monde, l'hétérosexualité est érigée comme norme sociale, mais, plus encore, « l'hétérosexualité est une institution ». Elle « fait système ». Elle n'est donc pas uniquement une pratique sexuelle personnelle résultant d'un choix individuel : elle constitue le modèle dominant dans nos sociétés (Boucher, 2003 : 141). L'hétérosexualité génère le danger du déni de reconnaissance des réalités des minorités sexuelles, le risque de les marginaliser. Est-ce dire que la valorisation de l'hétérosexualité entraîne l'hétérosexisme? Oui, en un sens. L'hétérosexisme constitue, selon Franklin et Stacey : « une forme de discrimination basée sur l'orientation sexuelle, qui contribue à faire de l'homosexualité et de la bisexualité des réalités jugées secondaires, voire inférieures » (1991, cité par Boucher, 2003 : 141). De son côté, Neisen (1990) établit un parallèle entre le racisme et l'hétérosexisme et soumet l'équation suivante « Heterosexism = prejudice + power [...] ». Neisen (1990) partage également la vision de Franklin et Stacey (1991) :

« Heterosexism is the continued promotion by the major institution of society of a heterosexual lifestyle while simultaneously subordinating any other lifestyles (i.e. gay/lesbian/bisexual). Heterosexism is based on unfounded prejudices just as racism, sexism, etc. are based on unfounded prejudices » (1990 : 25).

La hiérarchisation de l'orientation sexuelle, la valorisation du modèle hétérosexuel et la : « normalité du désir hétérosexuel et de la sexualité saine qui lui est associée » (Baril, 2007 : 68) comme étant la conduite normative à adopter, marginalisent les minorités sexuelles et font des réalités des personnes LGBTQI des réalités secondaires, voire inférieures. Par exemple, comme le mentionne Ryan (2003) « plusieurs gais et lesbiennes rencontrent une très forte aliénation à cause de leur appartenance identitaire à une minorité, dont ils ont le sentiment qu'elle n'est pas affirmée dans l'ensemble de la communauté » (: 79).

L'hétérosexisme produit des inégalités dans les statuts d'où découlent des inégalités de droit, des préjugés négatifs et des iniquités. Les préjugés négatifs sont préjudiciables parce que souvent vécus et ressentis comme une disqualification. Une reconnaissance négative se traduit par une stigmatisation et des injustices auxquelles doivent faire face les personnes qui en sont victimes. Une reconnaissance négative réduit les personnes à leur statut de marginaux, elles sont dépréciées et peu dignes d'intérêt (Nadeau, 2007).

Les personnes LGBTQI, comme plusieurs personnes marginalisées, font face à des discriminations dans plusieurs lieux : au sein des appareils de l'État, dans le secteur des services sociaux et de la santé, de l'emploi, de l'éducation, de la politique et du logement. Ces discriminations amènent à vivre des expériences d'injustice (Renault, 2004) qui constituent un déni de reconnaissance. Les personnes sont dépréciées et la dépréciation sociale conduit à « juger négativement certains individus et à les stigmatiser » (Paugam, 2009 : 85) portant ainsi atteinte à leur dignité et à leur honneur social.

Mésestime sociale est le terme emprunté par Pourtois (2002) pour indiquer les diverses formes d'injustice qui constituent un mal moral et dont la source provient d'une forme d'oppression subie : « La non-reconnaissance ou la reconnaissance inadéquate peuvent causer du tort et constituer une forme d'oppression » (Taylor, 1994, cité par Pourtois, 2002 : 290). Ces formes d'oppression se vivent dans un rapport de pouvoir et provoquent une souffrance inscrite comme expérience sociale. La souffrance sociale relève d'un enchevêtrement complexe où s'entremêlent des signifiants personnels, sociaux et politiques, elle s'inscrit :

« dans un réseau complexe de causalités macro et microsociales ainsi que personnelles [et permet de saisir] à quel point les rapports sociaux, politiques, économiques et institutionnels occupent une place centrale dans l'expérience de la souffrance » (Lamoureux, 2001 : 32).

Partageant le regard de Lamoureux, le déni de reconnaissance, selon Renault (2006), est le produit du fonctionnement même des institutions sociales, de leurs valeurs normatives. Selon Lamoureux (2006), l'existence sociale est une existence au sein des institutions et les institutions sont toujours porteuses de valeurs normatives qui s'expriment et se vivent à travers les relations sociales. L'effet en est parfois que certaines catégories d'individus sont invisibles. Cette invisibilité produit du déni de reconnaissance, de la mésestime sociale ou du mépris entraînant une distribution inéquitable des ressources (Nadeau, 2007; Fraser, 2004) et portant atteinte aux droits sociaux et aux protections individuelles. Or, le manque de protection contre la discrimination en matière de droits persiste (Charlebois, 2011). La reconnaissance s'exprime avant tout à travers les rapports sociaux et appelle à des formes de protection juridique – droits civils, politiques et sociaux et donc, à une justice. À ce titre, la politique québécoise de lutte contre l'homophobie, mise en place par le Ministère de la justice (2009), a mis en œuvre des orientations stratégiques dans le but de lutter contre les discriminations :

« [...] le phénomène de la diversité sexuelle est encore largement incompris. Les cultures et les mentalités demeurent empreintes de préjugés et de sentiments homophobes. Dans les familles, à l'école, au travail, il n'est pas rare que les personnes soient confrontées au rejet, à l'intimidation, ou même à des comportements violents suscités par l'homophobie. Une telle situation amène souvent les personnes à taire leur orientation sexuelle pour ne pas subir la réprobation sociale » (Ministère de la justice, 2009 : 3)

Par ailleurs, la Charte des droits et libertés de la personne a été modifiée en 1977 pour inclure l'orientation sexuelle dans les motifs de discrimination interdits. Voici ce qu'on en dit :

« Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle... Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit » (Chartes des droits et libertés, 1982).

De même, l'exercice des droits relève des personnes, mais aussi de la collectivité au sein de laquelle celles-ci évoluent, que ce soit à l'école, au travail, au sein d'équipes sportives, etc. (ministère de la Justice, 2009). À cet égard, les intervenants et intervenantes des secteurs public et/ou privé dont le rôle consiste à accompagner les personnes doivent être outillés, afin que les personnes LGBTQI puissent avoir accès à des services de qualité offerts par des personnes qualifiées, en mesure de saisir les enjeux dans toute la complexité de la réalité et des besoins des personnes, qu'elles soient gaies, lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles ou transgenres. Dans l'étude de Brotman et al. (2006) sur les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leur famille au Canada, ces derniers révèlent des besoins similaires aux personnes hétérosexuelles : maintien de leur indépendance et de leur autonomie, désir de demeurer le plus longtemps possible à domicile avec une aide extérieure en cas d'une diminution de leur autonomie. Les discours s'éloignent des personnes hétérosexuelles lorsqu'on se réfère au choix d'une résidence. Les aînés LGBTQI expriment le souhait de vivre là où l'on prend en compte les besoins spécifiques des aînés gais et aînées lesbiennes, et dans un environnement ouvert qui reconnaît leurs identités gaies et lesbiennes. Dans cette même étude de Brotman et al. (2006), les aînés LGBTQI ont également exprimé une peur ou une confiance relative envers les établissements résidentiels pour grand public. Cette même crainte de l'homophobie et de l'hétérosexisme s'exprime face aux services de santé et aux services sociaux. Le fait de ne pas prendre en compte ou de divulguer son orientation sexuelle empêche de recevoir les soins et le soutien dont les personnes LGBTQI ont besoin. Les proches aidants et aidantes témoignent également de cette situation et relèvent le manque de visibilité auquel ils sont confrontés au sein des services sociaux et de santé et des organisations s'adressant aux aidants bénévoles.

La reconnaissance de la diversité dans nos services publics constitue un enjeu crucial. Cette reconnaissance s'inscrit par la mise en place de conditions susceptibles de réduire et d'éviter l'exclusion.

Elle exige un souci d'équité entre les personnes dans le respect des différences de statut et d'identité dans les services dispensés.

La méconnaissance de la réalité et des besoins des personnes LGBTQI permet difficilement de rejoindre une partie de la population et tout spécialement les aînés LGBTQI. À cet égard, le vieillissement de la population comporte un défi important pour le réseau de la santé et des services sociaux. Les personnes âgées LGBTQI aspirent, comme tout le monde, à la reconnaissance et, en raison des discriminations souvent vécues et parfois même de la part des intervenants et intervenantes, elles sont sensibles au rapport de pouvoir et peuvent ressentir certaines craintes ainsi que de l'inconfort face aux professionnels.

La formation des intervenants et des intervenantes s'avère nécessaire. Elle ne s'improvise pas. Il ne suffit pas d'être ouvert à la différence pour s'avouer compétent. La formation initiale et continue, dans une démarche réflexive comme l'indique Charlebois (2011), permet le développement de compétences pour intervenir auprès des personnes LGBTQI, d'une expertise, d'une aisance et d'une sensibilité à l'égard des réalités vécues par les personnes LGBTQI, tout en demeurant, en tant qu'intervenants, toujours conscients de nos préjugés. Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux devrait se faire moins timide face à la diversité par le biais de différents médias en plus de soutenir les intervenantes via des formations permettant de mieux les outiller sur le plan des pratiques, de les sensibiliser aux réalités des personnes LGBTQI, de déconstruire leurs préjugés, de les sensibiliser aux expériences d'intolérance vécues et à l'importance de l'empathie. La dynamique entre les professionnels et les personnes LGBTQI, dans un climat d'ouverture et un sentiment de compréhension, favoriserait davantage la confiance et le dévoilement.

CONCLUSION

Les préjugés sont difficiles à déconstruire. L'expérience de Marie évoquée plus haut, son histoire, la non-reconnaissance de son statut de conjointe, son isolement, indiquent le chemin qu'il reste à parcourir pour devenir une société plus inclusive. Les personnes LGBTQI ont subi et subissent encore de nombreuses formes de répression, ici, au Québec et ailleurs. À titre d'exemple, malgré le retrait du DSM III de l'homosexualité comme trouble mental, les thérapies réparatrices existent toujours – *the gay cure* (Daniel, 2009). Les discriminations persistent et le déni de reconnaissance constitue un enjeu fondamental pour les personnes LGBTQI.

Les normes politiques et juridiques de reconnaissance et de non-reconnaissance ont évolué grâce au courage et à la force de détermination de militants et militantes engagés au sein de mouvements sociaux, investis pour la reconnaissance en matière de droits citoyens et de droits sociaux. Toutefois, l'invisibilité des personnes LGBTQI dans les services de santé et services sociaux et le manque de reconnaissance des conjoints de même sexe sont des indices du travail qu'il reste à accomplir en matière de droits sociaux et citoyens pour un accès à des services de qualité sans discrimination, en reconnaissance des besoins et des réalités des personnes LGBTQI.

Le rapport égalitaire reconnaît la part de l'autre, à la fois différent, unique, et pourtant semblable à soi dans la commune appartenance à une même humanité. Il découle de cette demande de reconnaissance un paradoxe, une tension, entre le souhait d'être semblable et celui d'être reconnu en tant que personne unique et singulière. C'est là tout le défi de l'inclusion.

L'inclusion est avant tout un défi collectif où tous ont une place, peu importe le statut et les identités. Le concept d'inclusion rejette l'idée d'une transformation individuelle et d'une adaptation personnelle au sein des structures en place, mais s'inscrit davantage comme défi social collectif reposant sur la reconnaissance et les solidarités (Billette, Lavoie, 2010). Le vivre ensemble suppose certaines valeurs dont la solidarité et la prise en compte de populations minoritaires ou exclues, peu importe le statut, l'âge et les identités.

Les recherches doivent également se poursuivre dans ce champ de la vieillesse. Mieux comprendre les enjeux et renverser le phénomène de l'exclusion et de la discrimination pour jouer en faveur de l'égalité et de la reconnaissance, entre et pour toutes et tous.

ABSTRACT :

Within the framework of a social work internship with a Québec community organization, one of the authors applied the feminist approach to dealings with a 75-year old woman whose same-sex partner had died two years before. This experience highlighted the prejudices of workers in the health and social services sector with regards to the LBGTQI community. This discriminatory behaviour has an impact on the life of couples. Despite the Québec government's fight against homophobia and the Charter of Rights and Freedoms, members of the LBGTQI community remain invisible in the health and social services network. The training of workers is therefore important.

KEY WORDS :

elderly sexual minorities, bereavement in old age - Psychological aspects, lesbian couples, discrimination, access to services

RÉFÉRENCES

- Baril, A. (2007). « De la construction du genre à la construction du "sexe" : les thèses féministes postmodernes dans l'œuvre de Judith Butler », *Recherches féministes*, 20 (2), 61-90.
- Beauchamp, D. L. (2004). *L'orientation sexuelle et la victimisation*, Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008016-fra.pdf. Consulté le 5 octobre 2014.
- Boucher, K. (2003). « Faites la prévention, mais pas l'amour ! : des regards féministes sur la recherche et l'intervention en éducation sexuelle », *Recherches féministes*, 16 (1), 121-158.
- Billette, V. et J.-P. Lavoie (2010). « Vieillissements, exclusion sociale et solidarité » : 1-22, dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et I. Olazabal, (sous la dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec : PUQ.
- Brotman, S., Ryan, B. et R. Cormier (2010). « Comprendre et soutenir les aînés gais et lesbiennes » : 93-107, dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et I. Olazabal (sous la dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec, PUQ.
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E. avec la contribution de Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et B. Richard., (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*, Rapport synthèse, École de service social de McGill. www.mcgill.ca/files/interaction/Rapport_Synthese_Aines_Gais_Lesbiennes.pdf. Consulté le 2 septembre 2014.
- Caradec, V. (2009). « Vieillir, un fardeau pour les proches? », *Lien social et Politiques*, no.62, 111-122.
- Centrale des syndicats du Québec (s.d.). *Rappel historique de la condition homosexuelle*, Québec : Comité des droits des gais et lesbiennes. www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/enjeux_sociaux/diversite_sexuelle/rappel_historique_condition_homosexuelle.pdf. Consulté le 20 août 2014.
- Charlebois, J. (2011). « Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité », *Reflets*, 17 (1), 112-149.
- Charte canadienne des droits et libertés (1982). *Partie I annexe B, Canada* : Patrimoine Canada. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>. Consulté le 20 août 2014.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (1994). *De l'illégalité à l'égalité*, Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes, Montréal : BANQ. www.cdpcj.gc.ca/publications/rapport_consultation_homophobie_1994.pdf. Consulté le 1er novembre 2014.
- Claes, J. A. et W. Moore (2000). « Issues confronting lesbian and gay elders: The challenge for health and human services providers », *Journal of Health & Human Services Administration*, 23, 181-202.
- Daniel, J. (2009). « The gay cure? », *Therapy Today*, 20(8). www.therapytoday.net/article/show/1168/. Consulté le 20 août 2014.

- D'Augelli, A. R. et A.H. Grossman (2001). « Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults », *Journal of interpersonal violence*, 16(10), 1008-1027.
- Davis, A. (2007). « Structural approaches to social work » : 64-74, in Lishman, J. *Handbook of theory for practice teachers in social work*, London, Great Britain : Jessica Kingsley Publishers.
- Dickey, G. (2012). « Survey of Homophobia: Views on Sexual Orientation From Certified Nurse Assistants Who Work in Long-Term Care », *Research on Aging*, 35(5), 563-570.
- Franklin, S. et J. Stacey (1991). « Le point de vue lesbien dans les études féministes », *Nouvelles Questions féministes*, 16-17-18, 119-136.
- Fraser, N. (2004). « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *Revue du MAUSS*, 1(23), 152-164.
- Groupe de travail mixte contre l'homophobie (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. www.cdpcj.qc.ca/publications/rapport_homophobie.pdf
Consulté le 12 août 2014.
- Hash, K. (2006). « Caregiving and Post-Caregiving Experiences of Midlife and Older Gay Men and Lesbians », *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3/4), 121-138.
- Institut national de santé publique du Québec (s.d.). « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect des orientations sexuelles ». www.csn.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=090fa187-24ca-4486-ab5d-808657790c5d&groupId=3203655.
Consulté le 4 octobre 2014.
- Kochman, A. (1997). « Gay and lesbian seniorly : Historical overview and implications for social work practice », *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 6(1), 1-10.
- Lamoureux, J. (2001). « Marges et citoyenneté », *Sociologie et sociétés*, 33 (2), 29-47.
- Lundy, C. (2004). *Social work and social justice : a structural approach to practice*, Peterborough : Broadview Press.
- Macé, É. (2010). « Ce que les normes font aux corps/ce que les corps font aux normes de genre », *Sociologie*, 2010/1, 497-515.
- Metz, P. (1997). « Staff development for working with lesbian and gay seniors », *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 6 (1), 35-44.
- Montpetit, C. (2009). « L'homosexualité des personnes âgées : briser le mur du silence », *Le Devoir*.
www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/248820/1-homosexualite-des-personnes-agees-briser-le-mur-du-silence.
Consulté le 1er avril 2014.
- Moreau, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle », *Service social*, 36(2-3), 227-247.
- Mullaly, R. P. (1997). *Structural social work : Ideology, theory and practice*, Toronto:Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2002). *Challenging oppression : a critical approach* (2nd Ed.), Don Mills, Ontario : Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2007). *The new structural social work* (3th Ed), Don Mills : Oxford University Press.
- Nadeau, L. (2007). « L'altérité dans la rencontre de psychiatrie transculturelle. Éthique de l'altérité » : 177-190, dans Montgomery, C. et M. Cagnet (sous la dir.). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec : Les Presses de l'université Laval.
- Neisen, J.-H. (1990). « Heterosexism : redefining homophobia for the 1990s », *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 1 (3), 21-35.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec : PUL.
- Paugam, S. (2009). *Le lien social*, Paris : PUF.
- Pourtois, H. (2002). « Lutte pour la reconnaissance et politique délibérative », *Philosophiques*, 29 (2), 287-309.
- Ministère de la Justice (2009). Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, Québec. www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/homophobie.pdf
Consulté le 20 août 2014.
- Renault, E. (2004). *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris : La Découverte.
- Renault, E. (2006). « La reconnaissance au cœur du social », *Sciences Humaines*, 2006/172.

www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=14471.

Consulté le 12 août 4 avril 2010.

Ryan, B., Fisher, J., McLeod, A., Maharaj, R. et W. Maxwell (2003). *Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada*, Société canadienne du sida. [http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/309ecb303c1c31fe05257603006dc546/\\$FILE/Rapport%20sur%20l%C2%B9homophobie%20et%20l%C2%B9h%C3%A9t%C3%A9rosexisme.pdf](http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/309ecb303c1c31fe05257603006dc546/$FILE/Rapport%20sur%20l%C2%B9homophobie%20et%20l%C2%B9h%C3%A9t%C3%A9rosexisme.pdf)

Consulté le 3 août 2014.

Silverman, M. (2008). *Le counseling auprès des proches aidants*, Montréal, Québec : Les Éditions du remue-ménage.

Spencer, C. (2007). « Older, Queer, and Yes We Are Here : Service delivery for gays and lesbians in later life », présentation pour la Commission canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 27 septembre 2007.

<http://caregivertoolkit.ca/BackingUp/wp-content/uploads/2011/09/Gay-Seniors.pdf>

Consulté le 20 août 2014.

Taylor, C. (1994). *Multiculturalism and the Politics of Recognition*, Princeton : Princeton University Press.

Welzer-Lang, D. (2007). « L'évolution de la notion d'homophobie : un signe de l'éclatement du genre et d'une marche égalitaire vers la multisexualité », conférence prononcée dans le cadre la 3e Journée Mondiale de Lutte contre l'Homophobie, Idaho, (5 août).

<http://daniel.welzer-lang.over-blog.fr/article-10573784.html>

Consulté le 5 août 2014

Ghosts internalized: The role of attachment in spousal bereavement

par

Deborah Salmon, MA, TCF, Psychothérapeute, Complexe de santé Reine Elizabeth. Musicothérapeute, Division des programmes de soutien et de soins palliatifs, Centre universitaire de santé McGill
Deborah Salmon, MA, Marriage and Family Therapist, Psychotherapist, Queen Elizabeth Health Complex. Music Therapist, Division of programs in supportive and palliative care, McGill University Health Centre
deborah.salmon@muhc.mcgill.ca

ABSTRACT :

The grieving process is unique to every individual. Understanding the grief of a surviving spouse through attachment theory. Relations between spouses share four common points with attachment bonds: physical proximity, regulation of emotional distress, secure base promoting psychological growth, and separation distress resulting from the disappearance of the attachment figure. Reactions to grief and its resolution vary depending on the type of attachment style (secure, avoidant, anxious). Presentation of the Dual-Process Model of Grief. Intervention suggestions based on the bereaved individual's attachment style.

KEY WORDS :

attachment, interventions with bereaved persons, widowhood - psychological aspects, grief therapy, attachment styles, continuing bonds

INTRODUCTION

In our aging baby-boomer population, increasing numbers of people will experience the death of their mates. Despite variations in grief expressions across cultures : “the death of a spouse evokes profound pain and disorientation everywhere in the world and has done so during all periods of recorded history” (Shaver, Mikulincer, 2012:18). Attachment theory suggests that intimate adult relationships are built upon early attachment experiences with significant caregivers (Field, Sundin 2001), and that spousal partners function as adult attachment figures. Spousal relationships encompass the physical touch, emotional exchanges and instrumental proximity of experiences with earlier caregivers, and are likely to activate earlier attachment responses to the threat of separation. Understanding the role of attachment in spousal bereavement, then, may have important implications for therapeutic work with this population. The phrase “ghosts internalized” in my title refers to the process of transforming a relationship with a living partner into one with an internal representation of that person. It further represents a respectful nod to the inspiring article “Ghosts in the Nursery” by Fraiberg, Adelson and Shapiro (1975) that describes the transmission, and healing, of insecure attachment styles through the mother-infant dyad.

My personal interest in spousal loss may represent an attempt at mastery of my own death anxiety as I join this aging demographic and also regularly witness grieving partners in my palliative care work. Most of our patients are in the 50 to 70-age range; their adult children usually have left the family home and the surviving spouse must navigate this enormous loss while living alone, sometimes for the first time. Couples typically expect to retire and enjoy pleasurable time together at this stage. With the death of a partner, such dreams are lost. Expected support may also be lacking; several widows in my practice reported that friends and other couples had distanced themselves, perhaps as a way of avoiding their own death anxiety. Further, adult children may live far away or be preoccupied with

careers and young families, and the widowed spouse might feel reluctant to burden his or her children. In some cases, the bereaved are also caring for elderly parents (Walsh, McGoldrick, 2004).

This paper aims to explore spousal bereavement through the lens of attachment theory, applying theory to clinical case examples, and proposing interventions to support the development of internalized secure attachments with the deceased.¹

1. Attachment Theory from ‘Cradle to Grave’

Attachment theory is richly nuanced. It draws upon evolutionary thought (the survival of the species is dependent on infant care-giving); developmental and cognitive psychology (the child learns about himself, others and the world through the nature of his attachments to significant others and internalizes these learned models); and object relations (attachment is by definition relational; recall Winnicott’s (1960) assertion that there is no such thing as an infant without a mother and no mother without an infant). Attachment theory also shares common notions with psychodynamic theories, recognizing the formative nature of the first years of life, particularly the mother-infant bond, the influence of unconscious mental states and the assumption of psychic defenses (Fonagy, Gergely, Target, 2008).

Developed by British psychoanalyst John Bowlby between the mid-1940s-1990s, attachment theory has sparked a remarkable amount of interest and research. Bowlby and colleagues demonstrated how children form attachment bonds to caregivers in order to elicit safety and security in times of threat or need. Particular styles of attachment, based on the availability and responsiveness of these caregivers become internalized into general styles of being in the world, or ‘working models’. According to Bowlby, our attachment styles and working models determine the nature of our intimate relationships, for example, whether we feel worthy or unworthy of love, and whether or not we expect others to be reliable and caring (Stroebe, Schut, Boerner, 2010). They also influence how we tolerate separation from loved ones and how we explore our worlds, and they stay relatively stable from cradle to grave.

The extraordinary clinical research of Mary Ainsworth demonstrated infants’ various attachment styles in response to the “Strange Situation” involving the brief departure and return of their mothers in a laboratory playroom. Ainsworth identified three main patterns of infant-mother attachment: secure, resistant and avoidant. The securely attached infants protested with distress to the separation, then sought and obtained comfort from their mothers upon return, and resumed playing. Of the two other insecurely attached groups, the resistant infants tended to focus on their mothers while playing, cried profusely during separation and refused to calm down once their mothers returned. This style has also been called ‘anxious attachment’, the term that I shall use in this paper. The avoidant infants seemed nonchalant as to the mother’s whereabouts and refrained from seeking comfort altogether upon her return. In adult bereavement of an intimate partner we often see attachment behaviors similar to those noted in Ainsworth’s infants. Indeed, these distress responses are likely to be repeated at times of separation throughout life.

Spousal relationships fulfill four major defining features of attachment bonds. First, they provide physical proximity. Next, when functioning well, they regulate emotional distress by providing a safe haven and, third, they promote psychological growth by providing a secure base. Finally, the real or expected disappearance of the attachment figure evokes strong ‘separation distress’. As spouses usually represent one another’s principal attachment figures, it would be expected that the death of one partner would cause significant attachment distress for the other (Shaver, Mikulincer, 2012).

¹ The terms *spouse* and *partner* are used interchangeably throughout this paper.

2. Bowlby's Attachment Styles in Bereavement

Bowlby's son reported a 1958 conversation where his father said:

"You know how distressed small children get if they're lost and can't find their mother and how they keep searching? Well, I suspect it's the same feeling that adults have when a loved one dies, they keep on searching too. I think it's the same instinct that starts in infancy and evolves throughout life as people grow up, and becomes part of adult love" (Bowlby, 1980 in Shaver, Fraley, 2008 : 47).

Bowlby believed that an individual's response to loss "stems partly from the way his or her attachment system became organized during childhood" (Ibid : 59). He thought that people whose attachment systems are organized to chronically expect rejection or loss (anxious attachment style), and those who defensively suppress attachment feelings (avoidant attachment style), are likely to suffer greater psychological and physical distress during bereavement than those who had available and responsive caregivers in childhood and developed a secure attachment style. Spouses with a secure attachment style will generally move back into life with greater ease in bereavement than those of the two previously mentioned styles.

Bowlby identified two types of what he called "disordered mourning" on a continuum of responses. On the one end was "chronic mourning", characterized by a prolonged period of anxiety, depression, and poor functioning, and on the other end of the continuum was "prolonged absence of conscious grieving", characterized by denial of distress and continuation of normal activity. The former is reflective of an anxious attachment style (sometimes called 'preoccupied') while the latter employs an avoidant (or dismissing) attachment style. In contrast, those with a secure attachment style may ultimately gain an increased sense of growth and meaning from the experience of loss. In this paper, the three main attachment styles put forth by Bowlby — insecure-anxious, insecure-avoidant and secure attachment — will be discussed in greater detail as they pertain to spousal bereavement.

2.1 Insecure-Anxious Attachment Style

Insecure-anxious attachment can be observed in adults, as in children, through crying, searching and clinging, and in incidences of mental and physical disorganization. These are quite common in the early phases of bereavement, but persist for some.

Lola, a 35-year-old woman was referred to me three weeks after the sudden death of her partner at a party. Utterly bereft, she'd weep, "Why did he leave me?". Although not suicidal, she was unable to imagine life without him and said: "I want to die too, so I can be with him again." She 'spoke' with her boyfriend regularly and sometimes 'felt' his body beside hers. She had poor concentration, cried much of the time and was unable to work.

Lola had several risk factors in her bereavement: she was young, the death was sudden, she had limited support as she'd only moved to our city two years earlier, and her family, with whom she was not very close, lived overseas. Further, the death might have been preventable; her partner had a medical condition that he'd decided to treat with diet rather than medication. Lola felt intense guilt at not having convinced him to take medication. This traumatic loss brought with it some features of post-traumatic stress disorder: she frequently re-lived the death event, reported high levels of anxiety, and had occasions of dissociation ("I'm going through the motions but not really there"). Her religious belief that "only God can give and take life" was a protective factor in preventing her from acting on her wish to die.

Lola's intense reactions were not uncommon for a new, traumatic loss. Nonetheless, she also described the relationship with her partner as one in which she had felt dependent and needy, demanding reassurance of his love, and a greater commitment.

These are characteristics of an anxious attachment style, which in turn can lead to a larger than usual investment in the deceased partner and lost relationship. After the death of their partner,

anxiously attached grievers are likely to experience intense anger, yearning, anxiety and sorrow; their grief is easily triggered and they have difficulty establishing a new life without their beloved. Lola decided to return to her native country, ending our brief work together.

2.2 Insecure-Avoidant Attachment Style

When denial or an absence of grief is evident over time, an avoidant attachment style may be identified. Avoidant grievers tend to “deny their attachment needs, suppress attachment-related thoughts and emotions, and inhibit unwanted urges to seek proximity or support” (Shaver, Fraley, 2008:59). This may reflect a habitual attachment style; the avoidant person may have never had a close, interdependent relationship with his partner and may not actually experience great distress. Alternatively, he may be downplaying the importance of the loss as a way of defending against painful thoughts, memories, and feelings of anxiety and sadness. Some avoidant grievers jump into activity or a new relationship to avoid experiencing the impact of the loss.

A man in his late 60s whose wife of 40 years died after a prolonged illness, quickly began a new relationship. Interestingly, this woman also had a degenerative disease. This client came to see me one year into his new relationship as his partner’s functioning began to decline, hoping I could help him find the courage to leave her. He described himself as a highly rational man, and was surprised to find himself in this predicament. Part of our work together involved exploring how his choice of another ill partner might have reflected both an avoidance of and a need to grieve the loss of his wife. Paradoxically, the more he allowed himself to experience his sadness around his wife’s death, the greater became his capacity and wish to stay with his new partner.

Bowlby believed that a continual suppression of grief could have negative emotional and physical effects for the griever down the road. In fact, there is some evidence of increased somatic symptoms six months post-loss in bereaved individuals with an avoidant style “implying that avoidant defenses might block conscious access to anxiety and depression” (Mikulincer, Shaver, 2007:208).

A study by Field and Sundin (2001) found that avoidant spouses reported more negative thoughts about the lost partner 14 months after the death, perhaps a distancing technique, in contrast with anxiously attached bereaved spouses who had more positive thoughts about their partners, perhaps reflecting idealization.

2.3 Secure Attachment Style

The securely attached individual may pass through phases that have characteristics of anxious or avoidant attachment styles, but they do not get stuck there. In time they develop a changed relationship to the deceased, which allows them to both remain attached and reinvest in life. Shaver & Fraley (2008) quote Bowlby (1980), describing the securely attached griever as:

“likely to possess a representational model of (the) attachment figure as being available, responsive and helpful, and a complementary model of himself as at least a potentially lovable and valuable person. On being confronted with the loss of someone close to him such a person will not be spared grief; on the contrary he may grieve deeply. Since he will not be afraid of intense and unmet desires for love from the person lost, he will let himself be swept by pangs of grief and tearful expression of yearning and distress will come naturally. During the months and years that follow he will probably be able to organize life afresh, fortified perhaps by an abiding sense of the lost person’s continuing and benevolent presence” (Bowlby, 1980, in Shaver, Fraley : 66).

Sara, 66, came to me for support after the death of her husband – “the love of my life” – from cancer. She described their long relationship as one infused with mutual love, respect and tremendous fun. Sara used creative means to help express her grief; she painted and composed poignant poetry,

and brought these into our sessions for further elaboration. Although she experienced periods of intense loneliness and profound sadness, Sara also felt gratitude for having had such a wonderful marriage. As Sara negotiated the many changes and challenges of being alone, she often ‘conjured up’ the image of her husband for advice or support. In time she was able to articulate: “I haven’t really lost him; he’s still with me, just in a different form”.

Securely attached people can recall, think about and discuss the spouse’s death coherently, and experience the emotions of grief without a total disruption of normal functioning. Their positive working models of the lost spouse allow them to continue to think positively about him or her, while their positive models of themselves allow them to cope with the loss and begin to move back out into the world (Mikulincer, Shaver, 2007).

3. Continuing Bonds

“Continuing bonds” has been defined as the presence of an ongoing inner relationship with the deceased person (Stroebe, Abakoumkin, Stroebe & Shut, 2011). The term was first used in 1996 by Klass and colleagues to distinguish their view of a continuing relationship with the deceased from earlier views which, they felt, advocated decathexis (Freud) and detachment (Bowlby). This conception is somewhat misleading as both Freud and Bowlby did attest to the existence of ongoing connections with the deceased. Nonetheless “continuing bonds” has sparked much interest and research in the bereavement literature, as well as discussion as to consequences of continuing and/or relinquishing bonds to the deceased.

It is widely accepted that bereaved individuals do maintain representational relationships, or continuing bonds, with their deceased loved ones. As noted earlier, the characteristics of these bonds are congruent with previous attachment styles and thus influence the grief trajectory. For example, a securely attached spouse is able to retain a mostly comforting bond with the deceased. He or she can “also gradually let go and *relocate* the deceased, where relocation implies both withdrawal or loosening, and continuation, in the sense of continued remembrance. These patterns are associated with healthy grieving” (Stroebe et al., 2010: 263). People with avoidant attachment styles are more likely to relinquish bonds with the deceased, trying to maintain a distance from thoughts and reminders of the lost attachment figure. In contrast, a bereaved partner who is anxiously attached would tend to continue the bond to their spouse in a ruminating, clingy manner with “less or no gradual move toward relocating the deceased” (*Ibid* : 263).

Field and colleagues (2001; 2003; 2006) have conducted research on continuing bonds and adjustment in spousal bereavement. Field holds that the *extent* of the bereaved person’s use of a continuing bond is more important in predicting adjustment than the *type* of bond used (Field, Gal-Oz, Bonanno, 2003). For example, one type of bond that surviving partners must deal with is their deceased spouse’s clothing; a widow may find that occasionally sleeping in her husband’s pajamas brings a sense of comfort and connection to him even several years post-death. This type of bond to him would be considered much more adaptive than if she kept all of his clothes because she was unable to part with them, perhaps sustaining a fantasy of his return or, conversely, if she immediately dispersed all of his possessions, obliterating all signs of his existence. Field makes the important distinction between thinking about and incorporating the deceased person’s positive, loving qualities on the one hand, and being haunted, disorganized or painfully conflicted about the deceased person’s presence on the other. These latter types of bonds are also referred to in the literature as complicated, prolonged or traumatic grief.

Other factors, which may interact with continuing bonds and adjustment in bereavement, are the manner of death and the quality of the lost relationship. A study, which followed bereaved spouses over two years, found that younger people whose spouses died unexpectedly and who retained strong bonds “were the least well adapted and remained so over time. Those with expected loss and strong

ties suffered initially but improved. A third group with weaker ties to the deceased spouse had lower scores on maladaptation, regardless of (un)expectedness of death” (Stroebe et al., 2011).

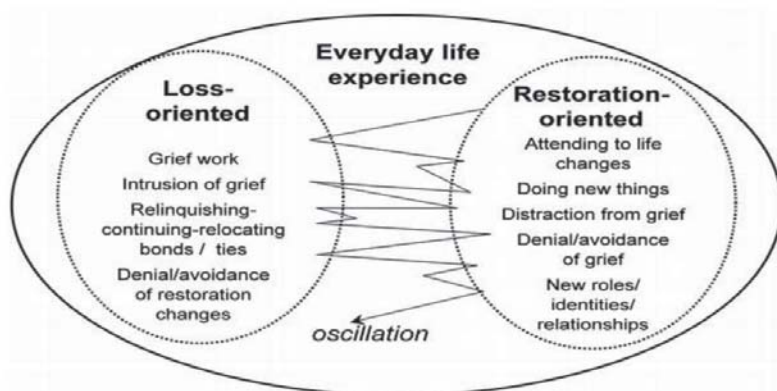
Another study by Waskowic and Chartier (2003) found that widowed individuals who had a secure attachment to their spouses before death, ruminated less and had more positive memories about the deceased, as well as more symbolic exchanges with mental representations of the partner. Those with insecure attachments to their spouses on the other hand, had more negative and lengthy grief experiences, with more “feelings of anger, despair, guilt, death anxiety, depersonalization, social isolation, rumination and somatic symptoms” (: 88).

Of theoretical and clinical interest is a related idea that positive continuing bonds may not only *reflect* a secure attachment style but also may *contribute* to securely attached functioning and sustain inner resources. The bereaved spouse may, for example, purposely evoke his or her mate as a ‘safe haven’ or comforting presence when under duress, as in believing the deceased is watching over them. The internalized spouse can also be called upon as a ‘secure base’, providing guidance when important decisions need to be made. This bond may further help the bereaved spouse to maintain a sense of identity amidst the many changes brought about by the loss, as in identifying with valued attributes of the deceased (Field, 2006). Interventions designed to promote a positive continuing bond will be discussed later in this paper.

4. Dual-Process Model of Grief

Stroebe and Schut’s (1999) Dual-Process Model of coping with grief de-emphasizes stages of grief, proposing instead an *oscillation* of attachment and detachment in processing loss, both on a daily basis and over time. The model integrates ideas about attachment styles, mental representation processes and coping with loss over time.

According to Shaver and Mikulincer (2012), reorganization of attachment following the death of a spouse involves psychological tasks which fall into two general categories: (1) accepting the death of the lost partner, returning to daily activities, and forming new relationships, and (2) maintaining a symbolic bond with the deceased and integrating the lost relationship into a new reality. Stroebe & Schut (1999; 2005; 2008) similarly classify two areas of grieving as restoration-oriented and loss-oriented. (See figure 1).



According to their Dual Process model, as described by Stroebe, Schut, Boerner (2010) :

“loss-oriented coping has to do directly with the deceased person while restoration-orientation is focused on secondary stressors that come about as a result of the death (e.g.: the change in identity from husband to widower). They posited an oscillation process where the bereaved person would confront and avoid the two types of stressors, for example, a bereaved person may be busy thinking about things directly related to the loss, such as going over death events (loss orientation) and may shift to thinking about secondary stressors, such as coping alone with finances (restoration orientation). Following this model adaptive grieving entails both confrontation and avoidance of the two types of stressor” (: 263-264).

The model also adds positive and negative valences to the two modes of coping. For example, yearning for the deceased and recalling fond memories are both loss-oriented, but evoke negative or positive meanings and emotions. “Thus emphasis (is) on the effects of confrontation-avoidance and positive-negative meaning-making as *regulatory* processes in adaptation” (Stroebe et al. : 264).

5. Attachment Style, Continuing Bonds and the Dual-Process Model

How, then, do people with different attachment styles and varying capacities to continue or relinquish their bonds fit into this model? Securely attached individuals oscillate relatively easily between loss and restoration, with both positive and negative thoughts and appraisals in each dimension. For example, they may experience intense grief *and* relief that the loved one is no longer suffering on the loss-oriented side, as well as resentment *and* pride at taking over a task that previously belonged to the spouse. When compared to those with insecure attachment styles, people with secure attachment styles have been found to be more flexible in their coping strategies, to have more positive thoughts and meanings, and to maintain good adjustment. Over time they are more successful in retaining ‘healthy’ bonds with their loved one, relocating him or her to a new place within an ongoing life (Stroebe et al., 2010).

People with insecure-anxious attachment styles tend to be predominantly loss-oriented and may suffer from chronic grief. Their manners of coping are more negative than positive and their bonds more clinging. In contrast, insecure-avoidant grievers are more restoration-oriented, with both positive and negative meanings, and might suffer from inhibited grief. They maintain the least possible ongoing bond and may diminish or deny the importance of the deceased. It follows that therapeutic interventions would aim to help the griever move toward the most securely attached style possible, and maintain it into the future (Shaver & Fraley, 2008).

6. Clinical Considerations and Interventions

Each person’s bereavement is unique, and different clinical interventions will be helpful for different individuals as they move through the process. Nonetheless, when conducting an assessment of a bereaved client, attachment factors can be taken into consideration, including the attachment style of the griever before and after the death, the quality of the lost relationship and the nature of the continuing bond. Therapists who choose to work with grieving people should also be cognizant of, and have processed their own losses.

It is important to remember that grief is a normal response to the death of a loved one and some people may benefit more from the support of friends and family or from bereavement groups than from psychotherapy. Bereavement groups tend to validate and normalize the grieving person’s experience, as well as provide social and instrumental support, whereas psychotherapy may focus more on negative symptoms. Not everyone is comfortable in a group, however, and therapy also serves to support people as they move through the normal, painful and often growth-inducing process of mourning a loved one.

For some people the loss of a close attachment figure triggers severe reactions (e.g.: PTSD, clinical depression, mental decomposition, suicidality) and these more complicated grief situations require individual treatment, including, at times, medication.

The clinical interventions presented below are most appropriate for individuals who are able to maintain a stable alliance with the therapist. Although organized by attachment style, they are by no means exclusive to these categories. Therapists must use their clinical skills and judgment when adapting interventions to individual grievers.

6.1 Interventions – Anxious Attachment Style

The following interventions encourage both the expressions of grief and an internalization of the positive aspects of the relationship with the deceased. They may be effective for those who remain distressed or anxiously attached to the lost other.

Changing the Narrative through “Saying Hello”: In a 1988 article, narrative therapist Michael White described using a ‘saying hello’ metaphor in working with clients who had previously been described as having unresolved grief. Rather than working toward the goal of ‘a fully experienced goodbye’, White introduced questions that helped bereaved clients reclaim their relationship with the deceased and reposition themselves in relation to the death. Some of the questions posed to a widow of 6 years, for example, were:

“If you were seeing yourself through (your husband’s) eyes right now, what would you notice about yourself that you could appreciate? What difference would it make to how you feel if you were appreciating this in yourself right now ... (and) on a day-to-day basis? What difference would feeling this way make to the steps that you could take to get back into life? How could you let others know? What difference will knowing what you now know about yourself make to your next step?” (White, 1988 : 8).

White asserts that through incorporating the lost relationship, the client arrives at a new relationship with his or her self; one which is kinder, more accepting, and which leads to resolution of the problems previously described as “pathological mourning”. White was, in effect, describing continuing bonds work 10 years before the term was coined.

Correspondence with the Deceased: In the book “Techniques of Grief Therapy”, Neimeyer, (2012), outlines several ways to develop and support continuing bonds to the deceased. ‘Correspondence with the deceased’ is one intervention in which the griever is invited to write letters to and from the deceased: “from the heart about what is important ... to *reopen* contact with the deceased, rather than seek ‘closure’ of the relationship” (Neimeyer, 2012:259). Through these letters, the bereaved evokes a relationship with the lost attachment figure. He or she may ask questions, share memories, thoughts and feelings, elicit advice and so on. Neimeyer states that these written exchanges tend to fade over time as the dialogue becomes internalized and the attachment to the deceased more secure.

Chair work similarly invites the bereaved to dialogue with the deceased who is imagined in an empty chair. The therapist supports and choreographs the exchange, guiding the client to change seats and respond from the position of the deceased, as well as take a third ‘witness’ chair from where the client may report his observations about the dialogue. This vivid, experiential intervention invites immediacy and vulnerability and should be used with care only after a strong therapeutic alliance has been formed. “Chair work can promote healing conversations with the self and deceased that transcend even the silence of the grave” (Neimeyer, 2012: 272).

6.2 Interventions – Avoidant Attachment Style

Little was found in the literature delineating techniques for those with avoidant attachment styles. It is possible that avoidant people are more likely to visit a medical doctor with somatic complaints than consult a therapist.

Gender differences in grieving styles often exist, with men tending to use more avoidant or action-oriented modes of coping, and women tending to express more emotion. A 1997 study by Schut and colleagues based on the Dual-Process Model concluded that “men who avoided confronting their grief benefited from counseling that encouraged ‘loss processing’, whereas women who dwelled on the emotional meaning and personal implications of the loss benefited from counseling that encouraged ‘restoration processing’ ” (Shaver & Fraley, 2008:62).

People who have difficulty expressing emotion may benefit from writing about their experiences. Indeed, some moving literature has come out of the experience of grief. In the following passage, C. S. Lewis (1961) describes an attempt to avoid difficult emotions while grieving his wife:

“There are moments ... when something inside me tries to assure me that I don’t really mind so much. ... Love is not the whole of a man’s life. I was happy before I ever met H. I’ve plenty of what are called ‘resources.’ People get over these things. Come, I shan’t do so badly. ... Then comes a sudden jab of red-hot memory and all this ‘commonsense’ vanishes like an ant in the mouth of a furnace” (Lewis, 1961 : 5-6).

6.3 Interventions – Secure Attachment Style

Some grievors come to therapy for a safe place in which to process the painful feelings they are experiencing, to be heard, understood and validated. They may not want to burden family members who are also grieving, or they may be frightened by the unfamiliar intensity of emotion. Supporting their process with compassionate active listening and education about grief can be helpful. For others, the death of a loved-one triggers earlier losses, perhaps not fully mourned. Exploring the current loss in the context of what is also being evoked from the past can help them make sense of their experience and promote healing. Creative modalities, such as music, art, movement and/or creative writing, offer means of both containing and expressing the grief experience.

Neimeyer, Baldwin, Gillies (2006) advocates “meaning-reconstruction” as an important aspect of adjustment. He contends that the loss of a significant attachment figure disrupts a sense of coherence in personal meanings by which people order their lives: “calling for active attempts to (a) make sense of the loss, (b) find some sort of ‘silver lining’ or benefit in the experience, and (c) reorganize one’s identity as survivor” (: 718).

One such meaning-making intervention is Directed Journaling. Clients are encouraged to write freely for 20-30 minutes on themes around ‘sense-making’ and ‘benefit-finding’ and then bring their writing back into therapy for further processing and reflection. ‘Sense-making’ focuses on how the loss fits into the client’s core meanings and may be prompted by questions for reflection, such as: How did you make sense of the loss at time of death? And how do you make sense of it now? What philosophical or spiritual beliefs have contributed to your adjustment to the loss? Are there ways in which this loss has influenced the direction of your life story? ‘Benefit-finding’ involves seeking the positive significance of the loss and can be prompted by questions such as: Have you found any unsought gifts in grief? If so, what are they? How has this experience affected your sense of priorities, and your sense of yourself? What qualities in yourself and in others have you discovered that have contributed to your resilience? What lessons about loving and living has this loss taught you? (Neimeyer, 2012:166)

The above interventions aim to help the griever negotiate the dual tasks of holding on and letting go of their deceased loved one, of both actively grieving and moving back into a life without their beloved. A strong alliance with a compassionate therapist can provide something of the safe haven and secure base from which to negotiate these choppy waters.

CONCLUSION

Attachment theory provides one lens through which to explore varying responses to the death of a partner. It is important to recognize that the course and outcome of bereavement is complex and may be influenced by many factors. This paper explores how attachment styles influence continuing bonds in the bereavement process, and proposed bereavement interventions to align with particular attachment styles. Important factors, however, not discussed in this paper include: the age of the partners; the cause of death; where in the life cycle it occurred; the person's cultural norms around grief; religious beliefs about death, and so on. It is also likely that the attachment styles discussed are not always discrete. For example, some bereaved spouses who do not show common signs of grief may not be avoidant but rather relieved, as in after a long illness, relatively un-invested in the lost relationship, or even resilient. Shaver & Fraley (2008) note that it can be difficult to distinguish some securely attached resilient grievers from those with an avoidant attachment style. This merits further study. Determining which interventions may best be suited to individuals' styles of grief also merits further investigation.

Attachment theory, however, does offer clinicians a means of understanding a wide range of grief responses and provides a context to guide clinical intervention. It further helps us comprehend how the bond with a deceased loved one may become loosened in a concrete sense and still remain strong in an internalized form. In closing, the concept of a continuing, relocated relationship with the deceased, or a 'ghost internalized', is beautifully captured in this poem excerpt by Nicholas Evans (2002):

*If I be the first of us to die, let grief not blacken long your sky.
Be bold yet modest in your grieving. There is a change but not a leaving.
For just as death is part of life, the dead live on forever in the living....
So when you walk the wood where once we walked together
And scan in vain the dappled bank beside you for my shadow,
Or pause where we always did upon the hill to gaze across the land,
And spotting something, reach by habit for my hand,
And finding none, feel sorrow start to steal upon you,
Be still. Close your eyes. Breathe.
Listen for my footfall in your heart.
I am not gone but merely walk within you.*

RÉSUMÉ :

Le processus de deuil de chacun est unique. Compréhension du deuil du conjoint survivant par le biais de la théorie de l'attachement. Les relations entre conjoints ont quatre aspects communs avec les liens d'attachement : proximité physique, régulation de la détresse émotionnelle, base de sécurité permettant la croissance psychique et détresse provoquée par la disparition de la figure d'attachement. Les réactions au deuil et la résolution du deuil varient selon le type d'attachement (sécurisant, évitant, anxieux). Présentation du Modèle en double processus d'ajustement au deuil. Suggestions d'intervention selon le type d'attachement de la personne endeuillée.

MOTS-CLÉS :

attachement, intervention auprès des personnes endeuillées, veuvage, aspect psychologique, travail de deuil, types d'attachement, création d'un lien permanent

REFERENCES

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & S. Wall (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss : vol. 3. Sadness and Depression*, New York : Basic Books.
- Evans, N. (2002). *The Smoke Jumper*, New York, NY: Random House.
- Field, N. & E. Sundin (2001). "Attachment Style in Adjustment to Conjugal Bereavement", *Journal of Social and Personal Relationships*, 18(3), 347-361.
- Field, N.P., Gal-Oz, E. & G. Bonanno (2003). "Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 110-117.
- Field, N. P. (2006). "Unresolved grief and continuing bonds: An attachment perspective", *Death Studies*, 30, 739-756.
- Fonagy, P., Gergely, G. & M. Target (2008). "Psychoanalytic constructs and attachment theory and research", 783-810, in J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment : Theory, research and clinical applications*, New York: The Guilford Press.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & V. Shapiro (1975). "Ghosts in the Nursery : A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships", *Journal of American Child Psychiatry*, 1, 387-421.
- Lewis, C. S. (1961). *A Grief Observed*, London : Faber & Faber.
- Mikulincer, M. & P. Shaver (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*, New York, NY : The Guilford Press.
- Neimeyer, R.A., Baldwin, S.A. & J. Gillies,. (2006). "Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement", *Death Studies*, 30, 715-738
- Neimeyer, R.A. (Ed.) (2012). *Techniques of Grief Therapy : Creative Practices for Counselling the Bereaved*, New York, NY: Routledge.
- Shaver, P. & R.C. Fraley (2008). "Attachment, loss and grief: Bowlby's views and current controversies", 48-77, in J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment : Theory, Research and Clinical Applications*, New York, NY: The Guilford Press.
- Shaver, P. & M. Mikulincer (2012). "Attachment bonds in romantic relationships", *2012 Herzliya Interdisciplinary Centre Symposium*, 1-28.
- Stroebe, M. & H. Schut (1999). "The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description", *Death Studies*, 23, 1-28.
- Stroebe, M., Schut, H. & W. Stroebe (2005). "Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration", *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.
- Stroebe, M. & W. Schut (2008). "The dual process model of coping with bereavement: Overview and update", *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 11(1), 4-10.
- Stroebe, M., Schut, H. & K. Boerner (2010). "Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration", *Clinical Psychology Review*, 30, 259-268.
- Stroebe, M. S., Abakoumkin, G., Stroebe, W. & H. Schut (2011). "Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. Personal Relationships", *Journal of the IARR*, 1-12.
- Walsh, F. & M. McGoldrick. (2004). *Living Beyond Loss: Death in the Family. 2nd Edition*, New York, NY : W. W. Norton.
- Waskowic, T.D. & B.M. Chartier (2003). "Attachment and the Experience of Grief Following the Loss of a Spouse", *Omega*, 47(1), 77-91.
- White, M. (1988). "Saying hullo again : The incorporation of the lost relationship in the resolution of grief", *Dulwich Centre Newsletter*, 7-11.
- Winnicott, D.W. (1960). "The theory of the parent-infant relationship", *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.

La transmission entre et à travers les générations : Le travail du générationnel selon l'approche psychanalytique familiale¹

par

Catherine Bélanger Sabourin, T.S., M.A., M.Sc., Chargée de cours, École de travail social, Université du Québec à Montréal

belanger-sabourin.catherine@uqam.ca

RÉSUMÉ :

*Suite à une formation de deux ans à l'IMPA (Institut Montréalais de Psychothérapie Analytique), l'auteure s'intéresse aux processus invisibles et inconscients de la transmission entre générations en analysant le livre d'Alberto Eiguer, *Le Générationnel* (1997). Elle effectue un survol historique de la thérapie familiale, incluant la place de l'approche familiale psychanalytique et présente les concepts reliés à cette approche. Pour l'auteure, ce texte d'Eiguer permet de comprendre les enjeux de la transmission psychique entre les générations et la façon dont cette approche vise à soutenir les individus, les couples et les familles dans ce processus d'appropriation de leur histoire.*

MOTS-CLÉS :

thérapie familiale psychanalytique, familles - aspect psychologique, transmission intergénérationnelle

INTRODUCTION

La notion de transmission est au cœur des phénomènes humains, car elle contribue à perpétuer divers aspects sur les plans individuel, familial et socioculturel (identités, comportements, secrets, règles, langages, rites, inégalités, arts, cultures, etc.). Le verbe transmettre vient du latin *transmittere* qui signifie « envoyer de l'autre côté, faire passer au-delà, remettre » (Rey, 1998 : 3894-3895). Le concept de transmission a d'abord été introduit en médecine. Il a ensuite été repris afin de désigner l'action de transmettre et de parler des résultats de cette action. En intervention avec les familles, les enjeux de la transmission familiale et filiale nous interpellent tout particulièrement. En travail social ou en thérapie conjugale et familiale, nous faisons souvent référence à la transmission intergénérationnelle. En tant qu'intervenant(e), peu importe l'épistémologie ou les approches de référence, on s'intéressera à la manière dont ces transmissions façonnent les sujets et à la part de création possible à travers elles. En d'autres mots, on se penchera sur le potentiel de reproduction/répétition et/ou de changement/création de la transmission d'une génération à une autre.

M'intéressant aux différentes approches en intervention avec les familles et leur entourage, ma compréhension de certains concepts m'a poussée à revenir aux origines épistémologiques de la psychothérapie : la psychanalyse. Je souhaitais, entre autres, mettre de la chair théorique autour de l'os conceptuel de la transmission intergénérationnelle. Par exemple, si on s'accorde à dire qu'il y a des répétitions, des patterns relationnels liés aux secrets de famille d'une génération à l'autre, comment

¹ L'auteure tient à remercier Serge Arpin, co-directeur de l'Institut Montréalais de Psychothérapie Analytique (IMPA), pour son soutien et sa précieuse contribution à la rédaction de cet article.

peut-on comprendre les rouages complexes qui y mènent? Cet article fait suite à une formation de deux ans à l'Institut Montréalais de Psychothérapie Analytique (IMPA)² au cours de laquelle j'ai tenté de trouver des réponses à ces questionnements. J'ai pu constater que, au-delà de son intérêt historique, l'épistémologie psychanalytique permet une compréhension éclairante des processus inconscients pouvant être impliqués dans les transmissions psychiques entre les générations. La thérapie familiale psychanalytique est une approche souvent méconnue qui, loin de se centrer uniquement sur l'intrapsychique individuel, offre une perspective groupale complexe, originale et riche. Cette approche aide notamment à saisir comment les traumatismes et les secrets de famille pourraient se transmettre d'une génération à l'autre en plus de proposer une lecture différente du « symptôme » pouvant être à l'origine d'une demande de changement par la famille.

Compte tenu du fait que l'approche groupale psychanalytique semble particulièrement éclairante lorsqu'il s'agit de comprendre un sujet aussi vaste et intangible que celui des transmissions entre les générations, j'ai choisi de la présenter brièvement à travers l'analyse d'un ouvrage dirigé par Alberto Eiguer³. *Le générationnel*, publié initialement en 1997 et réédité en 2013, remet à l'avant-plan l'importance de tenir compte du contexte et de l'histoire des familles avec lesquelles nous travaillons, et ce, bien au-delà des limites de l'observable et de l'immédiat. Cet ouvrage s'est penché sur les processus inconscients pouvant être impliqués dans les transmissions psychiques entre et à travers les générations⁴, sur leurs implications pour les familles et leurs membres ainsi que sur les apports spécifiques de l'approche psychanalytique à la thérapie familiale.

Dans un premier temps, un survol historique permettra de situer l'approche psychanalytique sur le plan épistémologique et dans le champ de la thérapie familiale. Deuxièmement, les concepts clefs de l'approche, présentés dans l'ouvrage, seront discutés (le fonctionnement groupal et l'intersujet, l'appareil psychique familial, les transmissions inter et transgénérationnelles, le complexe générationnel, l'empêtement imaginaire). Finalement, nous explorerons succinctement les visées d'une approche psychanalytique familiale en lien avec les enjeux des transmissions entre et à travers les générations.

Mise en contexte

Lorsqu'on se renseigne sur l'histoire de la thérapie familiale, on peut aisément la confondre avec l'émergence de l'épistémologie constructiviste et l'approche systémique en intervention avec les couples et les familles. On affirme souvent qu'elles ont émergé en réaction aux limites de la cure psychanalytique individuelle qu'on disait trop centrée sur l'univers intrapsychique des sujets au détriment des échanges avec l'environnement, incluant la famille. En résumé, les trois grandes théories qui ont influencé les pionniers de la thérapie familiale systémique sont : la théorie générale des systèmes, la cybernétique et la théorie de la communication (Pauzé, 1995; Balas, 2008; Lacharité et Gagnier, 2009). À la fin des années 1960, la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy est venue critiquer le réductionnisme du positivisme scientifique des sciences naturelles en émettant des principes de base correspondant davantage à la complexité inhérente aux sciences humaines. Le développement d'une vision d'ensemble est valorisé au détriment des processus de recherche qui visent à fragmenter un objet de recherche en différentes parties pour mieux le comprendre. On considère que ces méthodes cartésiennes ne soutiennent pas nécessairement la compréhension des phénomènes humains, car elles font fi de leur complexité. On met plutôt de l'avant l'importance de considérer l'autoréflexivité propre aux systèmes humains (Balas, 2008). Ces principes furent utilisés pour développer le deuxième modèle théorique qui reprend les travaux de Wiener afin d'appliquer

² Formation à la psychothérapie individuelle, conjugale et familiale à l'Institut montréalais de psychothérapie analytique (IMPA) dirigé par Carole Hamel, T.S. T.C.F., psychanalyste et Serge Arpin, psychologue.

³ Psychiatre et psychanalyste français, président de la Société française de thérapie familiale, professeur en psychologie et l'une des plus éminentes figures de proue de l'approche familiale psychanalytique.

⁴ Aussi appelées transmissions intergénérationnelles et transgénérationnelles. Ces concepts seront définis ultérieurement.

les connaissances liées à la cybernétique (science qui étudie les processus de communication, dont les boucles de rétroaction et d'autorégulation, chez les animaux et la machine) et de mieux comprendre les relations humaines. Finalement, l'instigateur du groupe de Palo Alto, Gregory Bateson, a développé une théorie de la communication qui est aujourd'hui incontournable. Elle est à la base du développement d'une pensée circulaire qui incite à une meilleure compréhension des dynamiques relationnelles en s'éloignant, encore une fois, du réductionnisme associé à la pensée causale linéaire. Comme la causalité linéaire, ancrée dans le positivisme scientifique, consiste plutôt à trouver une cause directe pour expliquer les phénomènes, elle est souvent insuffisante lorsqu'il s'agit de comprendre des problématiques humaines complexes (Pauzé, 1995; Balas, 2008). C'est dans ce contexte que l'approche systémique a émergé dans les années 1970 en s'intéressant aux interactions et à la communication dans la famille tout en se dégageant d'une perspective individualiste des problèmes humains.

La psychanalyse est parfois située épistémologiquement dans le courant antérieur au constructivisme, soit dans l'épistémologie du positivisme scientifique. En ce sens, on sous-entend qu'elle partage une vision de causalité linéaire comme c'est le cas des approches plus cartésiennes et bio-médicales (Lacharité et Gagnier, 2009 : 138). Pourtant, dès 1895, Freud formulait la théorie de l'après-coup qui était en rupture avec la notion de causalité linéaire directe. Cette théorie explique comment le sens d'un événement se construit à travers le temps. Dans l'après-coup, ce n'est pas directement la scène traumatique passée qui rend l'individu souffrant, mais le souvenir de celle-ci. L'évènement passé peut avoir un potentiel traumatique, mais ce dernier ne se déploie que si un autre évènement ramène son souvenir dans le présent. C'est alors que la scène initiale refera surface chargée d'un sens nouveau qui se sera construit dans le temps de latence entre les deux évènements : Temps 1- la scène traumatique, temps 2- latence et temps 3- l'évènement qui rappelle la scène traumatique en lui donnant un sens nouveau (Arpin, 2014). Le traumatisme fait alors retour avec le sens qu'il prendrait s'il se produisait au présent : « des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement » (Laplanche et Pontalis, 2011). La théorie de l'après-coup de Freud est reprise par Carel (dans Eiguer, 2013) dans son texte intitulé *L'après-coup générationnel*. Cette notion sera développée davantage lorsqu'il sera question des transmissions inter et transgénérationnelles. Ce faisant, la psychanalyse rompait déjà avec une vision de causalité linéaire puisqu'elle concevait la « flèche du temps » comme évoluant dans les deux sens (présent-passé/passé-présent). Ce qui n'exclut pas la possibilité que la théorie psychanalytique ait pu être mal utilisée dans la pratique par certains cliniciens, mais il s'agit d'un autre débat. Pour ce qui est du rôle de la psychanalyse, Eiguer (2006) mentionne que dès 1937, Freud voyait le potentiel thérapeutique des reconstructions faites avec le patient. Ainsi, l'analyse peut-être conçue comme une « narrativité reconstructive » (Eiguer, 2006).

Depuis longtemps, l'épistémologie psychanalytique a rompu avec le positivisme scientifique classique en proposant une manière différente de concevoir la notion de causalité. Ce faisant, elle partage certains points communs avec le constructivisme et le constructionnisme social. D'une part, avec le constructivisme et la deuxième cybernétique, elle partage le fait que l'intervenant(e) sort d'un rôle d'expert(e) et d'une vision purement objectivante pour reconnaître sa subjectivité (contre-transfert) et co-construire avec la famille et ses membres à partir de leur vision du monde. D'autre part, l'épistémologie psychanalytique partage avec le constructionnisme social (post-constructivisme) et l'approche narrative l'importance accordée au langage, à l'internalisation du social, à la déconstruction et à la reconstruction d'histoires alternatives (Lacharité et Gagnier, 2009 : 144-152; Balas, 2008 : 179-204).

Dans les années 1970 en France, Kaës (1976) et Anzieu (1972) ont jeté les bases de l'approche familiale psychanalytique en conceptualisant l'appareil psychique groupal. Auparavant, Anzieu avait travaillé avec Kurt Lewin, psychosociologue et père de la « dynamique de groupe ». Ils étudiaient les groupes comme champs dynamiques dans ce qu'ils ont d'observable en termes d'interactions et de rôles (bouc émissaire, leader, etc.). À ce moment, l'hypothèse de l'inconscient dans le groupe n'est pas encore posée. Pontalis, philosophe et psychanalyste, a été invité en tant qu'observateur dans leurs

groupes de psychosociologie. Ce dernier s'est intéressé aux processus inconscients et à la dimension fantasmatique dans le groupe. En France, il a donné le coup d'envoi à l'étude psychanalytique des groupes (Pigott, 1990). Par la suite, Pontalis, Anzieu et Kaës se sont intéressés aux théorisations psychanalytiques sur les groupes restreints développées en Angleterre dans les années 1950, entre autres par Ezriel (1951), Foulkes (1964) et Bion (1961). En accord avec Bion, Pontalis (1968) considérait que les gens qui constituent le groupe, « d'abord simple agrégat d'individus » (: 267), co-construisent et créent ensemble l'objet-groupe. Le groupe est alors investi fantasmatiquement comme objet de la pulsion par ses membres (Arpin, 2013). D'autre part, Kaës (2007) a distingué deux types d'organiseurs dans le processus de l'appareillage psychique groupal: les organisateurs psychiques et socioculturels (:110-111). C'est à la fin des années 1970, à la suite des travaux d'Anzieu et de Kaës, qu'André Ruffiot (1979, 1981) proposa l'idée d'un appareil psychique familial. À partir de là, plusieurs recherches théoriques et cliniques ont suivi dans le champ de la thérapie familiale psychanalytique (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 : 109).

Parallèlement à l'émergence de l'approche systémique et contrairement à certaines idées reçues, la psychanalyse a continué sa progression théorique en prenant le groupe comme objet de recherche théorique et clinique. Bien que les approches systémique et psychanalytique partagent des champs d'intervention (les groupes, les familles, les couples, les individus) et des problématiques/sujets communs, elles se distinguent par leurs positions épistémologiques et par leur façon d'appréhender le système ou le groupe familial. Par ailleurs, ces approches ne sont pas les seules à s'être intéressées aux transmissions entre les générations et aux enjeux qu'elles soulèvent pour les familles et pour leurs membres. Les approches dites intergénérationnelles (Elkaïm, 1995) allient souvent des éléments empruntés aux approches psychanalytique et systémique. Elles ont développé des éléments conceptuels éclairants. Premièrement, pensons à la théorie bowenienne des systèmes familiaux qui a mis de l'avant l'importance de la différenciation des individus à l'intérieur de la famille. Ensuite, nous pouvons faire référence à la thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy qui a souligné, entre autres, l'importance des loyautés invisibles. Enfin, n'oublions pas le modèle trigénérationnel d'Andolfi qui a mis l'emphase sur la « dimension historique-évolutive du système » (Elkaïm, 1995 : 130) familial. Selon ce pédopsychiatre, psychothérapeute familial et cofondateur de l'École de Rome, cette dimension doit être prise en considération sur plusieurs générations si l'on veut parvenir à se décentrer du porteur du symptôme dans une famille donnée.

Le fonctionnement groupal et l'intersujet

Comme l'a souligné Kaës (1976), Freud avait déjà eu la brillante intuition de la groupalité psychique en postulant l'hypothèse que l'individu serait avant tout un groupe intériorisé. Dans son texte *Pour introduire le narcissisme*, Freud (1914) soulevait également la double existence que mène le sujet: « en tant qu'il est à lui-même sa propre fin, et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti » (Freud, 1914 : 45). En 1921, dans son essai *Psychologie des foules et analyse du moi*, il mettait en doute la pertinence d'opposer la psychologie individuelle et la psychologie sociale ou collective compte tenu du fait qu'il est impossible de « faire abstraction des rapports qui existent entre l'individu et ses semblables » (Freud, 1921).

Dans ses travaux sur les groupes, Kaës (1976, 1993, 2000, 2005) s'est penché sur l'appareillage des psychés individuelles entre elles pour former le groupe et sur la tendance de l'humain à chercher à faire groupe. Avant d'être un sujet individuel, chacun a été pensé et rêvé par un groupe familial. Comme le disait André Ruffiot (1981), notre arrivée au monde est groupale. Ainsi, le « Je » se développerait à partir de l'image qu'en a son propre groupe d'origine, des alliances inconscientes, d'une série d'identifications, de la construction de son roman familial, etc. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons spontanément tendance à nous représenter fantasmatiquement le groupe comme une famille: « mon équipe, c'est comme une famille pour moi! », « on est comme une famille! », « mes amis sont ma famille », etc.

L'affiliation d'un individu à un groupe peut devenir pour lui une opportunité de réparer ce qui faisait défaut dans son groupe d'origine. Comme Kaës (2000) le dit si bien, c'est dans l'affiliation qu'on tente de réparer les failles de la filiation⁵. En conséquence, le groupe peut être le lieu d'une reproduction, d'une répétition, comme il peut tout aussi bien être le théâtre d'un changement, d'une création. Dans la nouvelle histoire qui est vécue avec le groupe, le sujet peut se redéfinir et réaménager ce qu'il a construit comme identifications. Il peut réécrire son roman familial, ce qui donnera un nouveau sens au passé tout en modifiant le présent.

René Kaës (dans Eiguer, 2013) affirme que l'inconscient se forme à la jonction de la subjectivité et de l'intersubjectivité, mais aussi en lien avec l'histoire familiale dans un temps et une culture donnés. Ainsi, la formation de l'inconscient et le devenir d'un sujet dépendraient, en partie, de la place assignée et prise par chacun dans sa famille et de la manière dont il s'approprie cette histoire et cette place. Ce faisant, Kaës explique comment les membres d'une famille se constituent en tant que sujet de leur héritage. La construction narcissique de chacun dépend aussi de la manière dont la lignée familiale l'a pensé, de la place qui lui a été assignée dans la famille et du prolongement narcissique dont il est l'objet. Comme le dit Kaës, le sujet est avant tout un « intersujet ». Ce qui n'est pas sans rappeler l'hypothèse, citée plus haut et proposée par Freud au début du XX^e siècle, selon laquelle l'individu serait un groupe intériorisé. Cette notion rappelle également la conception de l'individu plus récemment mise de l'avant par l'approche narrative (White et Morgan, 2006), située épistémologiquement dans le constructionnisme social, selon laquelle le sujet n'est pas une « personne-en-relation » mais une « relation-en-personne » (Shotter, 2005 dans Lacharité et Gagnier, 2009).

Appareil psychique familial

L'hypothèse d'un appareil psychique familial est explicitée par André-Fustier et Aubertel (dans Eiguer, 2013) dans leur texte intitulé *La transmission psychique familiale en souffrance*. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est à la suite des travaux de Kaës sur les groupes (appareil psychique groupal) que Ruffiot (1979) a développé la conceptualisation de l'appareil psychique familial. Selon lui, cette « matrice de sens » est commune, unique et partagée « par les membres d'une famille, dont la fonction est d'articuler le fonctionnement de *l'être ensemble familial*⁶ avec les fonctionnements psychiques individuels de chacun des membres de la famille » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 : 110).

André-Fustier et Aubertel (dans Eiguer, 2013) relèvent quatre fonctions de l'appareil psychique familial : contenance, transformation, liaison et transmission. La fonction de contenance permet la construction du monde interne de chacun des membres de la famille. Chez le nourrisson, la fonction de transformation permet de passer d'un « appareil psychique d'abord externe » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 : 110), familial, à un appareil psychique interne. C'est l'appareil psychique familial qui permet au bébé de transformer et d'intégrer tous ses éprouvés corporels et sensoriels en vécus progressivement représentables à l'intérieur de sa psyché. La fonction de liaison, une fois les vécus psychiques restitués à l'enfant, permet à ce dernier de développer une capacité à s'auto-contenir et à tisser des liens avec les autres membres de sa famille et avec son entourage. Finalement, à travers les générations, les familles transmettent à leurs enfants une conception du monde extérieur et une façon d'organiser leur univers interne. La fonction de transmission psychique entre les générations implique qu'on doive tenir compte du temps et de l'histoire de la famille. Deux dimensions de la fonction de transmission de l'appareil psychique familial sont à considérer : l'actuelle et l'historique. L'actuelle relève du groupe familial en présence (intragroupale), et l'historique renvoie au générationnel, à la succession des générations et à l'héritage psychique qu'elles partagent.

⁵ L'affiliation est le fait de s'associer, d'entrer dans un groupe alors que la filiation réfère à la descendance d'une lignée, à la transmission d'une parenté (Larousse, 2014).

⁶ Expression mise entre guillemets dans le texte.

Transmissions inter et transgénérationnelles

Mais qu'entendent les auteurs lorsqu'ils parlent du « générationnel »? Dans son texte *L'après-coup générationnel*, Carel (dans Eiguer, 2013) y a recours pour parler des processus psychiques qui transmettent et transforment l'héritage familial. Pour ce qui est de la distinction entre l'intergénérationnel et le transgénérationnel, je m'appuie sur les écrits de Kaës dont plusieurs points sont repris par André-Fustier et Aubertel (dans Eiguer, 2013).

L'intergénérationnel réfère davantage à ce qui se transmet de l'histoire familiale entre les sujets d'une génération à l'autre via une transformation par des intermédiaires comme les parents, les grands-parents et leur entourage. L'intergénérationnel suppose donc un espace où la transmission a été reprise, transformée. Il y a eu un travail d'élaboration, de transformation avant que cet héritage ne soit transmis aux enfants. On se situe dans le registre du transgénérationnel lorsqu'il s'agit plutôt de contenus bruts, parfois traumatiques, quand il n'y a ni temps, ni espace, lorsque la transmission traverse les individus sans vraiment les atteindre directement. Par contre, cette part de l'héritage familial est à la recherche d'un penseur, un sujet à qui cela posera problème et qui devra s'approprier cette transmission et la transformer. C'est le travail de subjectivation, d'appropriation qui permettra à ce sujet de se penser « comme Je dans un ensemble » (Kaës dans Eiguer, 2013 : 11) familial sans s'assujettir seulement en tant que maillon d'une chaîne généalogique. Cette appropriation-transformation servira autant le sujet que son groupe familial.

Un double héritage est donc à distinguer : l'héritage intergénérationnel et l'héritage transgénérationnel. Le premier est constitué d'éléments élaborés, par exemple à partir des fantasmes et des identifications qui organisent l'histoire familiale. Cette histoire constitue le récit mythique qui soutient la constitution du roman familial de chacun des membres de la famille (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 :111). L'héritage transgénérationnel est, quant à lui, constitué d'éléments bruts et non élaborés : les deuils non-faits, les vécus traumatiques, les secrets, etc. « Ces éléments bruts font irruption chez les héritiers, traversant leur espace psychique sans appropriation possible » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 : 111).

Qu'est-ce qui se transmet? Comment s'effectue cette transmission? Jusqu'à quel point ce qui se transmet peut être transformé? Ces questionnements sont abordés par Carel (dans Eiguer, 2013) qui les met en lien avec le rôle du surmoi et la théorie de l'après-coup développée par Freud. D'une part, le surmoi est un des éléments importants qui se transmettraient d'une génération à l'autre. Cette instance « perpétue du passé en transmettant sa propre forme et un modèle de gestion du conflit interne » (Carel dans Eiguer, 2013 : 70) entre les pulsions et les interdits. En 1932, dans *Suite aux leçons d'introduction à la psychanalyse*, Freud énonçait l'idée d'une chaîne de transmission du surmoi à travers les générations: « Le surmoi de l'enfant ne se forme pas à l'image de ses parents, mais bien à l'image du surmoi de ceux-ci; il s'emplit du même contenu, devient le représentant de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations » (Freud dans Laplanche et Pontalis, 2011). Pour ce qui est du degré de transformation, Kaës (2013) propose une double polarité du travail de transmission : isomorphique (identique) et homomorphique (semblable). Cette oscillation, entre la répétition à l'identique et les mutations surmoïques à travers les générations, rendrait compte des diverses modalités de transformation et « suggère la métaphore d'une transmission en mosaïque » (Carel dans Eiguer, 2013 : 71).

D'autre part, la théorie de l'après-coup jouerait également un rôle important dans la transmission-transformation, car l'appropriation des legs généalogiques se fait nécessairement dans un second temps. Pour mieux comprendre comment s'articule cette transmission psychique entre les générations, Carel propose des illustrations cliniques à partir de triades familiales (parents-enfant). La thérapie familiale étant un lieu privilégié pour tenter de comprendre les rouages intrapsychiques, intersubjectifs et groupaux de l'appareil psychique familial, cet « appareil à interpréter ». Il présente, entre autres, la situation de Mme G. et de sa famille en illustrant comment l'ombre de la grand-mère paternelle fait intrusion dans la dyade mère-bébé et comment le travail psychanalytique a permis à

cette famille de s'approprier son héritage traumatique (mort de la grand-mère paternelle, Clémentine, à l'âge de 20 ans alors qu'elle accouchait du père de Mme G.). La mort de la jeune femme au moment de l'accouchement est nécessairement devenue un trauma dans l'après-coup, selon la manière dont l'évènement a été repris et interprété par les descendants. Carel fait ensuite intervenir Freud pour aborder la transmission générationnelle d'une fixation. La fixation psychique interviendrait quand une situation est non réglée, non liquidée. Ainsi, l'hypothèse de Carel, selon laquelle « le trauma n'acquiert son effectivité psychique que dans [...] l'après-coup » (Carel dans Eiguer, 2013 : 76) via la façon dont les héritiers digèrent l'évènement traumatique, repose sur le processus type suivant : 1. Trauma, 2. Fixation, 3. Après-coup générationnel. Par exemple, dans les cas de traumatose (état d'angoisse, peur de catastrophe intense, déconstruction interne, sentiment que la vie est menacée) où la souffrance est très importante et où les risques de désorganisation familiale et de passage à l'acte sont très élevés, la solution générationnelle intervient pour : « reconstituer la trame et l'enveloppe du sujet et du groupe-famille » qui sont menacés d'effondrement (Carel dans Eiguer, 2013 : 85).

Le complexe générationnel

Dans son texte *La part maudite de l'héritage*, Eiguer (2013) revisite la mythologie grecque (la généalogie des Atrides) et donne plusieurs exemples cliniques du point de vue de l'objet transgénérationnel. L'auteur démontre comment cet objet intervient dans les représentations mythiques et dans les pratiques cliniques avec les familles. Comme ce qui ne peut être pensé est souvent agi, on constatera que le retour du généalogique se manifeste particulièrement en actes là où la fantasmatique (pensée) se fait rare. Le complexe transgénérationnel se traduirait justement par une compulsion à répéter, à reproduire, à agir cette part non pensée, cet « impassé » pour reprendre l'expression de Scarfone (2012). Selon ce psychanalyste, professeur à l'Université de Montréal et rédacteur adjoint de *l'International Journal of Psychoanalysis*, la psychanalyse ne se concentre pas sur le passé, mais s'intéresse plutôt à cet « impassé »; un temps marqué par une impasse et qui engage la répétition (l'agir) au lieu de l'élaboration (la pensée). Quant à elles, André-Fustier et Aubertel (dans Eiguer, 2013) rappellent que la compulsion de répétition serait justement en lien avec un : « défaut de symbolisation transmis par les générations précédentes, contraignant le sujet à reprendre sans pouvoir l'élaborer quelque chose qui est par ailleurs au fondement du lien familial et de ses propres soubassements narcissiques » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguer, 2013 : 113).

Toute l'idée du concept transgénérationnel est là; la transmission sollicite une rêverie (un penseur) afin que ce qui n'a pu être pensé puisse être restitué à la génération précédente ou soit légué de façon moins brute à la suivante (Eiguer, 2013 : 49). La transmission brute signifiant ici que le contenu de la transmission n'a pas pu faire l'objet d'une réflexion, d'une « digestion psychique » préalable. De plus, les éléments bruts de cet héritage peuvent faire irruption chez un des membres de la famille ce qui rend l'appropriation de ces contenus d'autant plus difficile pour ce porteur du symptôme familial. Dans ce contexte, la façon d'envisager le « symptôme » ou le problème familial doit tenir compte de la dimension historique de l'appareil psychique familial.

Prenons l'exemple des secrets de famille. Trois imminents cliniciens-auteurs s'étaient réunis en mai 2010 à Montréal dans le cadre d'un colloque sur le sujet organisé par le GESH (Groupe d'Études sur les Systèmes Humains). Il s'agit de Serge Tisseron, psychanalyste, et de Mony Elkaïm et Guy Osloos, systémiciens. Qu'ils soient d'orientation analytique ou systémique, ils s'entendaient tous sur une observation commune : les secrets sont faits pour être agis. Comme c'est le cas pour tout ce qui n'a pu être pensé et qui fait impasse, l'expression de la souffrance familiale à travers un symptôme peut être envisagée en lien avec cette « répétition d'une défaillance de mentalisation issue des générations précédentes » mentionnée par André-Fustier et Aubertel (dans Eiguer, 2013 : 113). Les théoriciens de l'approche psychanalytique familiale ne conçoivent pas le symptôme comme étant seulement une formation de compromis pour le membre qui en est porteur. Kaës (2007), dans son livre *Un singulier pluriel*, porte une attention particulière sur les points de nouage et sur les formations intermédiaires entre le sujet singulier et le groupe. Il décrit les fonctions que peuvent accomplir

certaines personnes au sein d'un groupe : porte-parole, porte-rêve, porte-symptôme. Ces fonctions intermédiaires entre les espaces psychiques individuels et groupaux sont appelées les fonctions phoriques. Elles incarnent et représentent les points de nouage entre ce qui est propre à chacun et ce qui est partagé par le groupe. Le porte-symptôme occupe cette fonction pour son propre compte et pour celui du groupe. D'une part, c'est sans doute la meilleure solution pour lui dans le contexte et il en tire certains bénéfices personnels. D'autre part, les membres du groupe contribuent également à maintenir le symptôme « par le moyen des identifications dans une alliance inconsciente dont chacun tirera bénéfice » (Kaës, 2007 : 158). Tel que mentionné plus haut, le porte-symptôme de la famille reproduit, répète et agit sans avoir accès à ce qui lui permettrait d'élaborer ce qui est à la base de cette souffrance partagée par le groupe familial. Dans ce contexte, Eiguer (2013) rappelle qu'il est tout aussi important d'explorer avec la famille « l'héritage structurant [...] que l'héritage déstructurant » (: 66).

L'empiètement imagoïque

Dans son texte *Empiètement imagoïque et fantasme de transmission*, Ciccone (dans Eiguer, 2013) met en exergue l'importance de s'intéresser, en thérapie familiale, non seulement aux comportements des membres en séance et à leur congruence avec le discours verbal, mais aussi aux effets du discours dans la réalité psychique et événementielle de la famille par la voie des symptômes, des rêves et des associations (Ciccone dans Eiguer, 2013 : 166). Quant aux processus de transmission traumatique observés entre les générations, ils sont désignés par l'auteur sous le terme d'empiètement imagoïque. Ciccone définit l'empiètement imagoïque comme étant, par exemple, une identification forcée d'un enfant à un ancêtre, une sorte de « capture identificatoire » (Faimberg, 1987) qui est : « réalisée par trop d'empiètement de représentations parentales sur l'espace psychique de l'enfant » (Ciccone dans Eiguer, 2013 : 173). Le terme imago est dû à Jung. Il s'agit d'un « prototype inconscient » (Laplanche et Pontalis, 2011 : 196-197) à partir des premières relations intersubjectives avec l'entourage familial. Ce prototype va influencer la façon dont le sujet appréhende autrui. Plus qu'une représentation, c'est un « schème imaginaire » qui influence pensées, conduite, images, sentiments, etc. L'empiètement imagoïque serait une forme de « capture identificatoire » qui se rapprocherait du concept d'identification aliénante. L'espace mental de l'enfant est en fait « squatté » par l'imago d'un autre ce qui le prive de sa liberté d'être et de penser (Ciccone dans Eiguer, 2013 : 184). L'empiètement imagoïque serait un processus défensif contre les angoisses parentales provenant sans doute d'un trauma ayant profondément affecté leur narcissisme.

Dans *Transmission de la vie psychique entre les générations* (Kaës et al., 2013), un autre ouvrage collectif sur le sujet, Faimberg (1987) s'est penchée à son tour sur les liens narcissiques entre les générations. Les fonctions d'appropriation-intrusion dans l'amour narcissique parental illustrent bien comment peuvent être déposés des « non-objets présents » chez un des membres de la famille, comment le parent peut déposer dans l'enfant ses rêves irréalisés, mais aussi s'approprier ce que son petit a de bon (ex. : ses qualités, ses réussites) et déposer en lui ce qu'il hait. Elle montre comment le négatif non-symbolisé peut devenir agissant dans les identifications aliénantes de l'enfant. Par ailleurs, le processus d'empiètement imagoïque permettrait à l'enfant de faire partie de la filiation narcissique de son parent.

Ce processus est également partie prenante dans la transmission de trauma et dans les conduites symptomatiques qui peuvent en découler. Selon Ciccone (dans Eiguer, 2013), l'un des buts du travail psychanalytique est d'activer les processus transitionnels. C'est Winnicott (1953, 1975), pédiatre et psychanalyste anglais, qui a développé la théorisation autour des processus transitionnels, notamment en lien avec l'objet transitionnel (ex. : doudou). Cet auteur a souligné la tâche interminable de tout individu « qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (Winnicott, 1975 : 9). Dans ce contexte, l'espace transitionnel se situerait « entre le « dedans » et le « dehors » (Aiello-Vaisberg et Lousada Machado, 2005 : 142-149). Par exemple, le doudou est le premier objet non-moi de l'enfant. Cette première possession externe lui rappelle son principal donneur de soins tout en faisant le pont avec le monde extérieur. Quand l'enfant a de la

difficulté à concilier ses désirs (réalité interne) avec les exigences de son parent (réalité externe), il peut se réfugier auprès de son objet transitionnel. Aussi appelé « l'aire intermédiaire d'expérience » (Winnicott, 1975 : 9), l'espace transitionnel ferait office de lieu de repos entre ces deux réalités (intérieure, extérieure), bien que ces dernières y participent simultanément. C'est ce potentiel de transitionnalité qui permettrait, entre autres, le développement du jeu et de la créativité.

Les processus transitionnels seraient mis à mal par la transmission traumatique (Roussillon, 1991) et ils sont nécessaires pour remettre en marche le travail d'appropriation et de subjectivation. Le défi est d'autant plus grand dans les familles où le lien familial narcissique est très investi et où toute tentative d'individuation, de différenciation ou de distanciation du groupe familial est perçue comme une menace angoissante. Toutes les familles ont pour défi d'intégrer les nouveaux membres en tentant de maintenir leur équilibre identitaire, mais : « Parfois, cet équilibre peut être maintenu aux dépens du processus d'individuation des sujets » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguier, 2013 : 113).

Visées d'une approche psychanalytique familiale

« Ce dont tu as hérité de tes pères, conquiers-le afin de pouvoir le posséder ». Cette citation de Goethe, souvent reprise par Serge Lebovici⁷ (1998) et par Freud avant lui, résume en partie les visées d'une approche psychanalytique en thérapie familiale. Ce type de thérapie prend en considération l'appareil psychique familial dans sa dimension groupale. Le matériel qui intéresse le thérapeute d'orientation analytique n'est pas nécessairement ce qui est observable comme le contenu verbal des échanges, mais ce qui ne peut pas être dit, pensé ou symbolisé. Bref, tout ce que la famille transmet à l'intervenant de façon brute : les éléments épars et impensés. Les visées de ce type de thérapie familiale seront, entre autres, de favoriser la communication inconsciente dans la famille et de soutenir les différentes fonctions de l'appareil psychique familial (contenance, transformation, transmission, liaison). Un des objectifs sera de transformer en éléments représentatifs ce qui est resté bloqué dans le registre des éprouvés. En favorisant les processus de la pensée, chaque membre de la famille pourra s'approprier le matériel nécessaire à sa propre construction subjective, ce qui favorisera une meilleure circulation fantasmatique à l'intérieur du groupe familial.

Lors d'une rencontre familiale, il y aurait minimalement trois niveaux à considérer : le groupal (la famille), l'intersubjectif (ce qui se joue entre les membres) et l'intrapsychique (la psyché de chacun). Le type d'écoute est groupal, ce qui signifie que tout ce qui est exprimé par la famille à différents niveaux sera contenu et lié ensemble par le thérapeute pour faire sens malgré les apparentes contradictions ou incohérences. Pour ce qui est de la règle d'association libre connue en analyse individuelle (dire tout ce qui se présente à l'esprit), il en va autrement pour la thérapie familiale. La famille est informée dès le départ que tout peut être dit, mais que chacun des membres peut aussi décider de garder pour lui certains éléments qu'il ne souhaite pas communiquer aux autres. Cette règle vise à différencier les espaces individuels de l'espace du groupe familial. Vu les différences d'âge et de maturité dans la famille, l'associativité est écoutée à travers différents niveaux de manifestations verbales ou non, via les jeux, les dessins, les rêves, les comportements, les paroles, etc.

Les auteurs soulignent que, tout comme les systémiciens, ils tiennent compte de la cohérence entre la communication digitale (verbale) et analogique (non-verbale). Par ailleurs, le travail dans le cadre de cette approche ne s'attarde pas sur la communication dans la famille, car une des prémisses de l'approche est que les difficultés et les conflits ne : « fonctionnent pas seulement *entre* les membres de la famille, mais également, et le plus souvent, de façon *trans-individuelle* » (André-Fustier et Aubertel dans Eiguier, 2013 : 124). Dans ce contexte, l'écoute du contre-transfert est, pour les analystes familiaux, un outil de travail important sur lequel s'appuyer. La prudence dans les interprétations est de mise afin de maintenir une neutralité thérapeutique et d'éviter de faire violence aux familles en faisant intrusion. D'un autre côté, le thérapeute doit également éviter de céder à l'illusion groupale-familiale selon laquelle il ferait partie de la famille. Cette tendance à la fusion avec la famille risquerait de lui

⁷ Psychiatre psychanalyste important dont tout le travail a été traversé par la question des transmissions.

faire perdre la distance nécessaire au travail thérapeutique. Dans son écoute, le thérapeute doit aussi se tenir à égale distance de tous les membres de la famille (Ciccone, 2010). Bref, il doit tenter de se tenir ni trop loin (mouvement défensif), ni trop près (fusion).

Carel (dans Eiguer, 2013) explique que, pour élaborer l'expérience en thérapie familiale, le thérapeute doit osciller entre deux registres de fonctionnement mental: régressif et névrotique. Ainsi, il pourra accueillir les angoisses et les mouvements défensifs de la famille (registre régressif) tout en offrant un cadre sécurisant aux émotions, aux paroles, aux pensées présentées par ses membres (registre névrotique). Le rôle du thérapeute dans sa relation avec la famille s'apparente ainsi à celui de la psyché parentale dans sa relation avec l'enfant: mettre en latence les activations pulsionnelles, nourrir la capacité de rêverie, protéger des excès d'investissement ou de contre-investissement, permettre une oscillation tempérée narcissique-objectale et, finalement, soutenir les processus de symbolisation.

CONCLUSION

Comme le mentionne Eiguer (2013), le complexe transgénérationnel se traduirait par une compulsion à répéter, à reproduire en acte ce qui n'a pas pu être réglé, liquidé, pensé par la génération précédente. Ciccone (dans Eiguer, 2013) a mis en lumière comment un des membres de la famille peut être à la fois le dépositaire et le signataire d'un pacte qui vise à le faire agir, d'un contrat de répétition qui vise une guérison par le paradoxe. Un contrat qui est souvent voué à l'échec, à la répétition et aux conduites symptomatiques. De son côté, Roussillon (1991) avait déjà expliqué comment le traumatique abîme les processus transitionnels qui permettraient justement d'adoucir l'expérience d'étrangeté souvent associée au trauma. Dans un contexte où la transmission traumatique met à mal la capacité de s'approprier ce qui est transmis, comment permettre aux familles de s'approprier leur histoire traumatique et d'en devenir sujet? C'est une des questions auxquelles l'ouvrage *Le Générationnel* tente de répondre et c'est un des défis que la thérapie familiale psychanalytique tente de relever.

Au-delà de nos différences, que l'on soit intervenant(e) ou thérapeute, d'épistémologie psychanalytique, positiviste, constructiviste ou constructionniste social, un objectif général est souvent partagé: « que [...] la famille devienne sujet actif » (Eiguer, 2006 : 37) tant du processus thérapeutique ou d'intervention que de son existence. À mon sens, le défi principal dans notre travail avec les familles est également commun, il s'agit de garder une pensée complexe qui intègre à la fois les dimensions individuelle, familiale et socioculturelle dans la compréhension des phénomènes humains (Onnis, 2013; Morin, 1990). Ce faisant, nous évitons de réduire notre compréhension à une seule de ces dimensions. Cette incursion dans l'épistémologie psychanalytique m'a sensibilisée à une autre dimension humaine bien utile pour comprendre les enjeux des transmissions entre et à travers les générations, celle de l'inconscient. À l'instar de plusieurs de mes collègues, je considère qu'il est pertinent d'élargir notre champ de vision parfois restreint par nos œillères théoriques et pratiques afin d'ouvrir de nouvelles possibilités tant du côté de la compréhension que de l'intervention.

ABSTRACT :

Following two years of training at IMPA (Institut montréalais de psychothérapie analytique – Montreal Institute of Analytical Psychotherapy), the author looks into invisible and unconscious intergenerational transmission processes by analysing Alberto Eiguer's book "Le Générationnel" (1997). Historic overview of family therapy, including the role of the psychoanalytical family approach. Presentation of this approach's concepts: group functioning and inter-subject, family psychic apparatus, inter and trans-generational transmission, the generational complex, imagoic encroachment. Eiguer's writings have helped the author understand the issues of psychic transmission between generations and the way in which this approach seeks to support individuals, couples and families in appropriating their history.

KEY WORDS :

psychoanalytic family therapy, Family therapy, Families - Psychological aspects, Intergenerational transmission

RÉFÉRENCES

- Anzieu, D. (1972). *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris : Dunod, Coll. Inconscient et Culture.
- Aiello-Vaisberg, T. M. et M. C. Lousada Machado. (2005). « Transitionnalité et enseignement de la psychopathologie : réflexion sur les cours pratiques à partir de Winnicott », *Le Coq-Héron*, n°180 : 142-149
- Arpin, S. (2013). « La crise de couple », *Revue internationale de psychanalyse de couple et de famille*, n°13.
- Arpin, S. (2014). « L'après-coup, le trauma sexuel et le couple », Présentation faite dans le cadre du VI Congrès International de psychanalyse de couple et de famille, juillet-août 2014, Bordeaux : France
- Balas Landry, L. (dir.) (2008). *L'approche systémique en santé mentale*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal (2e éd.).
- Bion, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes* (éd. 1982), Paris : PUF.
- Ciccione, A. (2010). Conférence au Centre Premier Berceau : Montréal.
- Eiguer, A. (1983). *Un divan pour la famille : Du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique*, Paris : PUF.
- Eiguer, A. (dir.) (2013). *Le générationnel : Approche en thérapie familiale psychanalytique* (1^{ière} éd. 1997), Paris : Dunod, Coll. Inconscient et Culture.
- Eiguer, A. (2006). « Construction en analyse, constructivisme, constructionnisme, analogies et différences ». *Le Carnet PSY* (n° 105) : 34-37. Extrait du site Cairn.info : www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2006-1-page-34.htm. Consulté le 9 décembre 2015.
- Elkaïm, M. (dir.) (1995). *Panorama des thérapies familiales*, Paris : Éditions du Seuil.
- Ezriel, H. (1951). « The scientific testing of psycho-analytic findings and theory », *British Journal of medical psychology*, vol. 24, mars : 30-34.
- Faimberg, H (1987). « Le télescopage des générations. À propos de la généalogie de certaines identifications », dans Kaës R., Faimberg H. et al., *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris : Dunod (2013).
- Foulkes, S.H. (1964). *La groupe-analyse : Psychothérapie et analyse de groupe* (éd. 2004), Paris : Payot, Coll. Livre de poche.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme* (éd. 2012), Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1921). « Psychologie des foules et analyse du moi » traduit par P. Cotet, A. et O. Bourguignon, J. Altounian, A. Rauzy dans *Essais de psychanalyse* (1981). Paris : Payot. Extrait du site UQAC.ca : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_de_psychanalyse/Essai_2_psy_collective/psycho_collective.html. Consulté le 13 décembre 2014.
- Freud, S. (1932). « Suite aux leçons d'introduction à la psychanalyse (Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse) », *G.W.*, XV, 73; *S.E.*, XXII, 67; *Fr*, 94-5.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal : constructions du groupe*, Paris : Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2005). *La parole et le lien. Processus associatifs et travail psychique dans les groupes* (1^{ière} éd. 1994). Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2000). « Filiation et affiliation », *Le Divan Familial*, n°5, automne : 66-67.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel : La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris : Dunod.
- Kaës R., H. Faimberg, M. Enriquez et J.J. Baranes (2013). *Transmission de la vie psychique entre les générations* (1^{ière} éd. 1993). Paris : Dunod. Coll. Inconscient et Culture.
- Lacharité, C. et J.-P. Gagnier (dir.) (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation.
- Laplanche, J. et J.-B. Pontalis (2011). *Vocabulaire de la psychanalyse* (1^{ère} éd. 1967), Paris : PUF.
- Larousse (2014). « Définitions d'affiliation et de filiation » extraites du site Larousse.fr : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>. Consulté le 13 décembre 2014.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie : éléments de la psychopathologie du bébé*, Ramonville Sainte Agne : Érès. Coll. À l'aube de la vie.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, Paris : Éditions du Seuil.
- Onnis, L. (2013). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu, Individu, famille et société*, Bruxelles : de Boeck.
- Pauzé, R. (1995). « Présentation des modèles théoriques qui ont influencé les pratiques des thérapeutes familiaux systémiques », *Intervention*, no.100, mars : 31-40.

- Pigott, C. (1990). *Introduction à la psychanalyse groupale*. Paris : Éditions Apsygée.
- Pontalis, J.-B. (1968). « Le petit groupe comme objet » dans Pontalis, J.-B., *Après Freud*, Paris : Gallimard, Coll. Idées.
- Rey, A. (1998). « Transmission » dans Le Robert Dictionnaire Historique de la langue française (Tome 3). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris : PUF.
- Ruffiot, A. (1979). *La thérapie psychanalytique de la famille. L'appareil psychique familial*. Thèse de 3^{ème} cycle : Grenoble II.
- Ruffiot, A. (1981). *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris : PUF.
- Scarfone, D. (2012). « Moments de grâce : présence et élaboration de l'« impassé » dans Gagnebin M. et M. Mully (dir.). « Michel de M'Uzan ou le Saisissement créateur », Paris : Champ Vallon. Coll. L'or d'Atalante.
- Shotter, J. (2005). « Persons: Points of condensation in a sea of living interactions. Conceptualization of the human person in the social sciences », dans C. Lacharité et J.P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur
- White, M. et A. Morgan (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families*, Adelaïde : Dulwich Centre Publications.
- Winnicott, D. (1953) « Transitional objects and transitional phenomena- A study of the first not-me possession », *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 34: 89-97.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, Trad. de l'anglais par C. Monod et J.-B. Pontalis, Paris : Gallimard, Coll. Connaissance de l'inconscient.

Bien dans mes baskets :

Analyse d'un programme d'intervention psychosociale par le sport

par

Audrey Gonin, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université du Québec à Montréal
gonin.audrey@uqam.ca

Martin Dusseault, T.S., Coordonnateur du programme Bien dans mes Baskets, CSSS Jeanne-Mance
jmancebasket@hotmail.com

Jacques Hébert, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal
hebert.jacques@uqam.ca

RÉSUMÉ :

Bien dans mes baskets est un programme d'intervention psychosociale par le sport destiné à de jeunes élèves du secondaire. La médiation sportive par le basket-ball est utilisée pour rejoindre des jeunes aux prises avec des problèmes sociaux ou ayant un risque élevé de décrochage scolaire. Cet article, issu de la collaboration entre le fondateur du programme et deux chercheurs universitaires, explique l'origine et le fonctionnement du programme tout en analysant les moyens et les axes d'intervention sur lesquels il repose. À partir de la coopération des auteurs, d'entrevues de recherche et de rapports d'activité du programme, l'article dégage les principales composantes pouvant expliquer la popularité de ce programme auprès des jeunes, ainsi que sa pertinence sur le plan psychosocial.

MOTS-CLÉS :

service social-méthodes d'intervention, intervention de groupe, médiation sportive, évaluation de programme, décrochage scolaire

INTRODUCTION

Le programme *Bien dans mes baskets*, qui soufflera cette année sa seizième bougie, est un programme d'intervention psychosociale par le sport en milieu scolaire. Issu de la création d'une équipe de basket-ball par un travailleur social œuvrant dans l'école secondaire Jeanne-Mance à Montréal, *Bien dans mes baskets* utilise la médiation par le basket-ball pour toucher des jeunes aux prises avec des problèmes sociaux ou présentant un risque élevé de décrochage scolaire. À la lumière de ces années d'expérimentation, puis de consolidation d'un dispositif d'intervention reposant sur la médiation sportive, il est pertinent de se pencher sur les pratiques qui y sont développées. En effet, cette initiative portée par le Centre de santé et de service sociaux Jeanne-Mance a pris au fil des années une ampleur remarquable. Cette ampleur s'observe tant du point de vue de la population qu'elle touche, soit plus de 500 jeunes à présent, que du point de vue de la structuration qu'a connue le programme. Diverses activités se sont ainsi associées à son noyau initial, afin de renforcer son action par des interventions complémentaires, dans le milieu scolaire et dans la communauté locale.

La pertinence d'une meilleure compréhension des modalités d'action de ce programme se justifie, par ailleurs, par ses retombées positives pour les jeunes qui y participent. Celles-ci ont en effet été documentées dans différents travaux de recherche mettant en évidence des effets sur le plan de l'*empowerment*, du développement d'habiletés de vie, du sentiment d'appartenance à l'équipe de basket et à l'école secondaire, ainsi que de la motivation scolaire (Langlois, 2013; Lapointe, Laberge et Dusseault, 2012; Simard, 2014). D'autre part, il est utile de saisir les sources de sa popularité auprès

d'une population que les intervenants du champ social et de la santé ont habituellement du mal à rejoindre. Les jeunes fréquentant l'école secondaire Jeanne-Mance sont en bonne partie issus de milieux défavorisés et les élèves qui participent au programme *Bien dans mes baskets* rencontrent, pour la plupart, des difficultés sur le plan psychosocial ou scolaire.

Ainsi, le but de la coopération entre ce milieu de pratique et celui de la recherche était d'examiner les composantes du programme *Bien dans mes baskets* (BdmB), afin de répondre aux questionnements suivants : quelles sont les bases de son succès auprès des jeunes visés par le programme? Par quels biais suscite-t-il des effets positifs pour ses participants ou pour le milieu scolaire? Quels processus psychosociaux sont liés à la participation au programme et comment peut-on comprendre leur émergence?

Sport, école et travail social

Mise en contexte

De nombreuses études montrent un impact significatif des activités sportives sur la motivation, la réussite et la persévérance scolaires (Bailey et al., 2009; Castillo, Duda, Balaguer et Tomás, 2009; Laberge, Bush, Chagnon et Laforest, 2007; Martin, 2008). Plus spécifiquement, Guest et Schneider (2003) observent que la participation à un sport a plus d'effets sur la réussite scolaire dans les milieux défavorisés. Par ailleurs, en visant à ce que ses participants vivent une expérience positive et créent des liens sociaux, *BdmB* répond aux critères d'intervention qui favorisent le développement et la réussite des élèves (Coatsworth, Conroy, 2007). La littérature scientifique tend donc à démontrer la pertinence d'un tel programme sur le plan de la réussite scolaire. D'autre part, les interventions s'appuyant sur une médiation sportive tendent à augmenter l'estime de soi des participants (Famose, Bertsch, 2009; Laberge, Bush, Chagnon et Laforest, 2007; Le Breton, 2003), ainsi qu'à développer leur participation sociale (Coakley, 2002 ; Delgado, 2000) : au-delà de la réussite scolaire, les programmes utilisant la médiation sportive ont des retombées sur le plan psychosocial.

Malgré ces éléments, les interventions psychosociales s'appuyant sur la médiation d'activités parascolaires sont rares et assez peu étudiées (Dynarski et al., 2008; ICF et International and National Dropout Prevention Center/Network, 2008). Par ailleurs, peu de recherches s'attachent à décrire précisément les interventions réalisées en vue de comprendre plus finement les modalités des pratiques les plus favorables au développement de capacités transférables au domaine scolaire et, plus largement, au plan psychosocial. Ainsi, il est utile d'analyser les composantes et les modalités d'intervention du programme *Bien dans mes baskets*, pour mieux comprendre les dynamiques psychosociales qu'il génère.

Afin de situer tout d'abord le programme qui est l'objet de cet article, rapidement, voici comment celui-ci est décrit par son fondateur, dans le cadre d'un rapport d'activité du programme :

« *Bien dans mes baskets* est un programme de prévention et de développement psychosocial utilisant le basket-ball parascolaire comme outil d'intervention sociale. Bien qu'il soit offert à tous les étudiants de l'école secondaire Jeanne-Mance, le projet cible davantage des adolescents présentant de multiples facteurs de risque. Traditionnellement, ces jeunes proviennent majoritairement de milieux socio-économiques défavorisés, marqués par les ruptures, le manque d'accompagnement et de modèles positifs ainsi que l'accès facile au monde interlope. L'équipe autour du projet profite de la période de l'adolescence où l'identité se définit pour centrer ses actions autour des besoins de l'athlète-étudiant et de son milieu de vie. Ainsi, elle tente de développer des comportements pro-sociaux chez ces jeunes tout en les valorisant dans un projet centré sur leurs intérêts et en suscitant leur persévérance scolaire » (Dusseault, 2011 : 1).

L'équipe intervenant auprès des jeunes de l'école secondaire Jeanne-Mance est composée d'un coordonnateur (le travailleur social qui a fondé *BdmB*), d'un travailleur social, d'entraîneurs intervenants bénévoles (16 en 2011, par exemple), d'une intervenante animatrice assurant un soutien scolaire aux

élèves athlètes et de stagiaires. *BdmB* s'inscrit dans le cadre des services dispensés en milieu scolaire par le CSSS Jeanne-Mance. L'ensemble des activités menées dans le cadre du programme sera décrit plus loin dans le texte, quand nous aurons situé ses origines et son ancrage dans le contexte d'intervention de l'école secondaire Jeanne-Mance.

Méthodologie

Afin de répondre aux questionnements mentionnés dans l'introduction, les auteurs ont collaboré pendant plusieurs mois. Plus de douze réunions ont été organisées afin de discuter des objectifs du programme, du contexte dans lequel il s'inscrit, de son historique, des moyens qu'il mobilise et des méthodes d'intervention qui y sont développées. Ces réunions ont permis d'approfondir la compréhension du programme et de sa théorie (Alain, Dessureault, 2009; Chen, 2006; Jacob, Ouvrard et Bélanger, 2010), tout comme des dynamiques qui y prennent place, à partir des observations de son fondateur et de son coordinateur, qui continue à jouer le rôle d'intervenant entraîneur. Par ailleurs, trois rapports d'activités du programme (Dusseault, 2011; 2012; 2013) ont été consultés et des entrevues de recherche ont été effectuées de manière plus formelle auprès des deux travailleurs sociaux œuvrant dans *BdmB*. Ces entrevues ont porté sur les activités mises en œuvre dans le programme, mais aussi sur la philosophie d'action qui sous-tend leurs pratiques quotidiennes. L'analyse thématique de leur contenu a permis de mettre en évidence les grands axes autour desquels le programme s'organise, et qui constituent sa force : un ancrage dans les intérêts de la population visée, une intervention multidimensionnelle et une médiation sportive comme levier de processus de changements individuels et collectifs. Chaque partie de ce texte développera spécifiquement l'un de ces trois axes, en partant de ses origines pour enfin analyser les dynamiques à l'œuvre dans le programme.

Origines, public et ancrage du programme

Historique du programme

Bien dans mes Baskets a connu ses balbutiements en 1999, alors que son fondateur Martin Dusseault, travailleur social au CLSC du Plateau Mont-Royal, arrive à l'école secondaire Jeanne-Mance. Étonné par le manque d'activités parascolaires et passionné de basket-ball, il souhaite faire de l'école un milieu de vie. Il observe également que de nombreux élèves jouent au basket-ball sur les terrains extérieurs de l'école et qu'à l'image du basket-ball professionnel, ces élèves sont majoritairement issus de la communauté noire. Or, cette population est, à ce moment, distante des intervenants du CLSC alors qu'elle présente davantage de risques de décrochage scolaire (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2011).

Par ailleurs, l'école faisait face, à cette période, à des problèmes tels que de l'absentéisme, de la petite délinquance, des élèves en grande difficulté sur le plan scolaire et à des conflits entre élèves (violences, propos racistes...). M. Dusseault décide alors de tenter d'approcher ces jeunes en exploitant une passion qu'il partage avec eux : le basket-ball. Ainsi, avec l'assentiment de la direction adjointe de l'école, une équipe masculine est formée pour pratiquer le basket-ball dans un cadre parascolaire. Au cours de la première année d'existence du projet, une forte proportion des jeunes viennent le consulter, ponctuellement, sous son chapeau d'entraîneur. Ils lui font part de problèmes personnels, relationnels ou familiaux qu'ils vivent et lui demandent conseil. Ils viennent voir l'entraîneur, mais c'est le travailleur social qui réfléchit avec eux. C'est ainsi qu'est né ce programme de prévention et de développement psychosocial utilisant le basket-ball parascolaire comme outil d'intervention sociale. Au fil des années, *Bien dans mes Baskets* a connu un développement très important, tant sur le plan des activités d'intervention psychosociale, de ses partenaires, que de son nombre de participants : en 2012-2013, 112 élèves de l'école secondaire Jeanne-Mance sont répartis dans 8 équipes et 150 élèves de neuf écoles primaires du quartier Plateau Mont-Royal y ont participé (Dusseault, 2013). Par ailleurs, 270 élèves participent à des programmes inspirés par *BdmB* dans deux autres écoles secondaires du Québec. Avec une forte proportion d'élèves dont les familles sont issues de l'immigration (88 % en

2011-2012)¹, *BdmB* parvient à toucher un public que des interventions plus traditionnelles peinent à rejoindre. Cette intervention par le sport amène les intervenants à constater que les élèves athlètes participant au programme proviennent majoritairement de milieux socio-économiques défavorisés et que bon nombre d'entre eux sont touchés par divers problèmes sociaux. En effet, de 2010 à 2013, 221 dossiers d'intervention psychosociale ont été ouverts, dont environ la moitié a donné lieu à des suivis réguliers (Dusseault, 2011; 2012; 2013). Ces interventions sont surtout reliées à des relations difficiles à l'école, aux relations entre parents et adolescents et aux enjeux de passage (études collégiales, transition vers la vie adulte...).

En s'adressant à des élèves que l'école identifie comme étant en difficulté sur le plan scolaire, le programme répond par ailleurs à l'objectif gouvernemental d'appui à la réussite et la persévérance scolaires (MELS, 2009) : entre 2010 et 2013, 41 % des participants avaient une cote scolaire indiquant des « troubles d'apprentissage » ou des « troubles graves du comportement ». Ainsi, bien qu'il soit offert à tous les élèves de l'école secondaire Jeanne-Mance, le projet cible davantage des adolescents rencontrant des problèmes personnels, familiaux, scolaires ou sociaux.

Un ancrage dans les intérêts des jeunes pour agir sur des problèmes sociaux

Par rapport à son point de départ, en 1999, ce modèle d'intervention psychosociale s'appuyant sur le basket-ball a connu un développement très important puisque *BdmB* touche, avec les initiatives qu'il a inspirées, plus de 500 jeunes au Québec. L'une des clés de son succès auprès des jeunes tient probablement au fait que, tout en étant relié aux préoccupations du milieu scolaire (persévérance, problèmes sociaux et vie scolaire), *Bien dans mes baskets* est basé sur les intérêts et les aspirations des jeunes. Comme l'énonce un intervenant du programme : « on leur offre la possibilité de faire quelque chose qu'ils aiment, et puis à travers ça, on les fait avancer comme citoyen, comme élève, comme personne responsable de sa santé » (TS2). L'intervention s'appuie donc sur leur passion pour le basket-ball. Le rêve d'une carrière en basket-ball qui habite certains élèves athlètes (A-É) est un point de départ qui peut aboutir sur divers projets :

« C'est un exemple de belle réussite : cette année il a passé sa première session sans aucun échec au cégep. (...) Avant, il avait même pas ce rêve-là, il pensait même pas aller au cégep, là il a le rêve de s'en aller en kinésiologie à l'université. Donc le rêve américain il est là, mais moins. Il aimerait ça s'en aller à l'université en kinésiologie » (TS1)².

L'ancrage du programme dans l'intérêt des A-É pour le basket-ball constitue un levier pour agir sur différents problèmes sociaux, dont celui de la reproduction sociale des inégalités (Bourdieu, Passeron, 1970; Peugny, 2013) qui se loge dans le milieu scolaire (OCDE, 2011)³. Les jeunes participants, appartenant majoritairement à des milieux défavorisés sur le plan socio-économique, à des minorités visibles ou à la population issue de l'immigration, cumulent différents facteurs de reproduction des inégalités sociales (CDPDJ, 2011; OCDE, 2011). Dans cette perspective, l'un des travailleurs sociaux rencontrés souligne que :

¹ Selon le rapport d'activité du programme de 2011-2012, 27% des familles des athlètes-étudiants proviennent des Caraïbes, 20% de l'Afrique subsaharienne, 12% d'Europe, 12% des pays du Maghreb, et 17% d'autres zones géographiques.

² TS1 et TS2 renvoient aux propos tenus dans les entrevues par l'un des deux travailleurs sociaux rencontrés.

³ Depuis les travaux bien connus de Bourdieu et Passeron sur la reproduction des inégalités sociales à l'école (1964), ce phénomène a été amplement documenté, y compris à l'international : « Although the relationship between students' (socio-economic) background and school performance is evident in all countries, the strength of this relationship varies across school systems. The four top-performers in reading, Canada, Finland, Korea and Shanghai-China, show a below-average impact of socio-economic status on students' reading performance, proving that it is possible to reduce the strength of the relationship between background and performance. In many countries, first-generation immigrant students are at a significantly greater risk of being poor performers » (OCDE, 2011 : 89). Ce rapport de l'OCDE met par ailleurs en évidence que les enfants de familles immigrantes ont moins de chances de réussir à l'école.

« Des fois y'a des injustices, des fois y'a un manque de perspective. (...) Le prof ne prend pas en considération que ce jeune-là mange pas tout le temps, puis que ça peut expliquer le fait qu'il soit turbulent » (TS2).

Ainsi, l'intervention se fait auprès des jeunes, mais aussi auprès des différents acteurs du milieu scolaire : enseignants, direction et personnel non enseignant. Ce faisant, *BdmB* cherche à contrer les déterminismes sociaux qui influencent le parcours d'élèves issus de milieux défavorisés, de familles immigrantes, et membres de groupes *racisés*. Un travail important est également effectué auprès de jeunes qui arrivent de l'école primaire avec un dossier qui tend à les étiqueter. Cette visée d'action sur le plan structurel est ainsi mentionnée dans le rapport d'activité du programme 2012-2013 :

« Le programme s'inscrit dans un continuum visant à améliorer la trajectoire de vie, la santé et le bien-être de ces adolescents fragiles et plutôt vulnérables. Il contribue également à mobiliser et changer les milieux afin de répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes. Bien ancré dans les milieux scolaires, il continue de susciter les réflexions et travaille conjointement avec eux en vue de permettre la réussite scolaire de ces adolescents souvent discriminés par leurs difficultés ».

Lutter contre les déterminismes par la reconnaissance et l'appartenance

L'objectif général étant de favoriser la réussite sportive, scolaire et sociale des A-É, l'action sur les inégalités sociales passe par une valorisation de l'intérêt des jeunes pour le basket-ball et des compétences qu'ils possèdent dans ce domaine. *BdmB* permet ainsi de renforcer leur estime de soi au travers de l'activité sportive (Famose, Bertsch, 2009; Laberge, Bush, Chagnon et Laforest, 2007). Plus largement, il s'agit de reconnaître ces jeunes, leur intérêt pour le basket-ball et la culture qui y est associée. Or, comme le souligne Nancy Fraser (2004), une telle reconnaissance est une dimension importante de la justice sociale, parallèlement à la redistribution des richesses.

À partir du basket-ball, les A-É sont exposés à diverses situations qui leur permettent d'être reconnus, de vivre des succès et de développer un sentiment d'appartenance et de solidarité à un groupe (De Visscher, 2001). Les participants du programme sont intégrés aux Dragons (nom des équipes du programme). L'intégration à l'équipe et au programme dans son ensemble est consolidée par divers rituels : la remise du chandail des Dragons devant les pairs et les parents, la remise de bourses et de prix mérités, les repas festifs qui jalonnent l'année et permettent aux différentes équipes de se rencontrer, etc. Les modalités d'intervention du programme sont adaptées aux réalités de la population visée, car l'adolescence est une période marquée par une prise de distance vis-à-vis du milieu familial, au profit de groupes de pairs qui deviennent importants sur les plans identitaire et affectif (Carrier, 2003; Darmon, 2006). *BdmB* se prête à ces dynamiques, tout en offrant un espace où les interactions entre pairs sont régulées, au besoin, par un intervenant entraîneur qui doit se porter garant d'une atmosphère suffisamment sécurisante pour les membres du groupe, tant sur les plans physique que psychosocial. Le rôle d'appui joué par l'équipe dans une émancipation des A-É vis-à-vis de leur milieu familial est illustré, par exemple, par le fait qu'une équipe se soit surnommée *Le Family Dream* : « Ils l'avaient même installé sur leur chandail, c'était écrit partout. (...) Pour eux autres, c'était leur rêve de famille » (TS1). *BdmB* répond ainsi au besoin de découvrir, d'expérimenter et de s'approprier de nouveaux espaces sociaux, au-delà de la place occupée dans la famille, en classe et dans les groupes d'amis. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance à l'équipe (Lapointe, Laberge et Dusseault, 2012) soutient l'identité et la participation sociales des élèves athlètes (Coakley, 2002; Coatsworth, Conroy, 2007; Guest, Schneider, 2003).

Ainsi, le fait que le programme soit enraciné dans les intérêts de la population qu'il vise et qu'il soit adapté à leurs réalités et leurs besoins explique sans doute sa popularité auprès d'une population qui sollicitait peu les intervenants psychosociaux du milieu, sur une base volontaire.

Une multiplicité des niveaux d'intervention dans une cohérence d'ensemble

« On se doit d'avoir une plus grande perspective, on doit avoir une vision plus systémique, c'est le jeune dans son école, dans son programme de basket, dans sa famille, dans toutes les interactions qu'il peut y avoir » (TS2).

Les moyens mobilisés pour atteindre les objectifs du programme

Le programme repose sur la médiation du basket-ball, au travers duquel différents objectifs psychosociaux sont visés : « le sport représente un outil d'intervention sociale » (TS2). Les A-É participent au programme sur une base volontaire, pendant une partie ou l'ensemble de leur scolarité au secondaire. Les diverses activités reliées au programme se déroulent toute l'année, même en saison estivale, ce qui permet une continuité. Elles comprennent les séances d'entraînement et les matchs réguliers (2 entraînements et 1 match par semaine environ), les parties amicales et la participation à des tournois (entre 25 et 40 matchs par an). Progressivement, le programme a par ailleurs intégré des activités de groupe complémentaires telles que du soutien scolaire et des pratiques libres de basket-ball à l'heure du dîner (40 jeunes en moyenne sont présents aux 7 plages horaires offertes par l'école à l'heure du dîner), ainsi que des activités d'engagement dans la communauté. Pour mener à bien ces activités, *BdmB* mobilisait en 2013 l'équipe suivante : deux travailleurs sociaux à temps plein (dont le coordonnateur du programme), un coordonnateur visant au développement du programme dans d'autres écoles, une intervenante animatrice proposant un soutien scolaire aux A-É, et 17 intervenants entraîneurs bénévoles. Les deux T.S. exerçant dans le programme ont un rôle polyvalent, étant à la fois intervenants sociaux, entraîneurs sportifs, médiateurs, défenseurs des intérêts des jeunes et courtiers de ressources. À partir de leur identification des principaux objectifs du programme *BdmB*, ceux-ci peuvent être synthétisés de la manière suivante :

- Valoriser les A-É et leur faire vivre des réussites, augmenter leur estime de soi et leur motivation face à leur réussite scolaire et sociale. Développer leurs aptitudes à se fixer des objectifs, trouver les moyens de les atteindre, s'organiser, se concentrer, se dépasser, communiquer, gérer des conflits; puis favoriser le transfert de ces aptitudes dans d'autres sphères (études, relations sociales...);
- Faire un apprentissage de la citoyenneté et des processus démocratiques, développer l'éthique et la solidarité.

Les objectifs de *BdmB* sont majoritairement centrés sur les A-É, mais d'autres objectifs visent à agir sur leur environnement : ils concernent le milieu scolaire, la famille et les divers intervenants pouvant être amenés à les rencontrer. Le programme s'inscrit ainsi dans une perspective systémique et comporte une visée de défense de leurs intérêts et de leurs droits (advocacy) :

- Sensibiliser le milieu aux besoins des jeunes et y permettre la reconnaissance de leurs forces;
- Favoriser un dépistage rapide des difficultés, les passages de relais entre acteurs internes et externes à l'école, et une bonne coordination des interventions;
- Favoriser le lien avec les parents et leur implication dans la vie scolaire et sportive de leur adolescent.

Les différents niveaux d'intervention

Afin d'atteindre ces différents objectifs, les activités psychosociales qui s'enchaînent dans les pratiques de basket-ball et qui les accompagnent se développent au niveau individuel, familial, groupal et communautaire. Au premier niveau, l'intervention auprès de l'A-É se traduit par des rencontres en face à face où des enjeux tels que les relations à l'autre, la gestion des conflits, les projets d'avenir, ou encore les problématiques de leur quartier vont faire l'objet de la conversation.

Au niveau familial, la rencontre des parents est régulièrement l'occasion de travailler sur l'enjeu de la distanciation parent/enfant. Elle peut aussi consister à aider le parent à mettre un cadre ou à développer une relation plus satisfaisante avec son enfant. Les parents des A-É étant pour la plupart des immigrants de première génération, n'ayant pas grandi au Québec, leurs schèmes de référence peuvent différer de ceux que leurs enfants acquièrent dans la société d'accueil, dans le milieu scolaire en particulier. De tels écarts entre parents et enfants tendent à susciter des incompréhensions et, comme le souligne Tyyskå : « de nombreux jeunes immigrants se sentent déchirés entre le désir de trouver leur place parmi leurs pairs et leur volonté de satisfaire les attentes de leurs parents » (2008 : 89). Les interventions au niveau familial portent donc régulièrement sur ces enjeux.

Au niveau groupal, les séances d'entraînement et les déplacements pour les tournois donnent l'occasion de mener des actions préventives ou curatives. Elles se réalisent lors de discussion de groupe, dans la régulation de la vie collective et la transmission d'informations sur la santé ou la scolarité par exemple. L'intervention de groupe (Turcotte, Lindsay, 2008) vise également à favoriser le transfert des aptitudes développées dans le programme à d'autres sphères de la vie, en aidant les jeunes à faire des liens entre ces différentes sphères.

Le quatrième niveau d'intervention, celui visant entre autres à agir au sein de l'école pour que ces élèves y prennent une autre place, est l'une des grandes originalités du programme. Ce champ d'intervention va donc faire l'objet d'un développement plus détaillé.

Au-delà d'une action sur les jeunes, une action sur leur environnement

En premier lieu, il est utile de souligner que les travailleurs sociaux ont des temps de concertation avec les différents acteurs de l'école. Ceux-ci sont sensibilisés à la dimension psychosociale du programme afin, par exemple, d'éviter que la participation à *BdmB* soit suspendue pour sanctionner une conduite jugée déviante par l'école. L'action au niveau de l'école dans son ensemble, en tant que milieu de vie communautaire, repose d'autre part sur le dispositif des « Dragons en action ». Les A-É sont incités à faire des heures d'engagement communautaire, ce qui favorise l'implication des jeunes dans leur école, mais aussi plus largement dans le milieu du basket-ball (participation à l'organisation de tournois et de galas) et dans des actions sociales ou caritatives (Guignolée, par exemple). Pour les intervenants, ces heures représentent une contrepartie aux bénéfices retirés de l'appartenance aux Dragons :

« Ces jeunes-là, en adhérant aux Dragons, ils ont énormément d'avantages. Parce qu'ils sont reconnus, parce qu'ils sont protégés, jusqu'à un certain point, par nous. C'est pas tous les jeunes qui ont des adultes qui sont là pour dire : "hey, euh... c'est injuste, tu les suspends mais t'as pas mis tel moyen en place", "tu veux le renvoyer de l'école, mais est-ce que tu as pris ça en considération?" (...) Ils ont l'honneur de représenter leur école. En plus de ça, ils ont la chance d'avoir des souliers, du matériel, etc.⁴ » (TS).

Cette incitation à s'impliquer sur le plan social et communautaire a connu un grand succès auprès de bon nombre des jeunes de *BdmB*, au point que plus de 1 600 heures d'engagement communautaire ont été effectuées, en 2011-2012, et plus de 2 000 en 2012-2013 (Dusseault, 2012; 2013). Cela représente de 20 à 30 heures par A-É et a valu au programme le prix du Mérite montréalais décerné par *Sport et Loisirs de l'île de Montréal*, en 2013, en tant qu'« organisme qui se démarque par sa contribution au développement ou au soutien de l'action bénévole⁵ » :

« C'est extrêmement valorisant pour les jeunes. (...) Ça a eu un succès monstre, y'a des jeunes qui me couraient après pour que je leur donne des heures ! (...) C'était la direction, souvent, qui m'alimentait : "là, j'ai besoin de 12 jeunes pour telle chose, pour aller nettoyer le terrain de l'école, pour aller faire ci, pour monter une salle..." (...) Y'a des jeunes qui sont allés dans des

⁴ En intégrant le programme, les participants reçoivent différents effets (chandail et sac à l'effigie des Dragons, chaussures de basket...).

⁵ <http://www.urls-montreal.qc.ca/sport-loisir-344-reconnaissance-regionale.php#Laur%C3%A9ats>

écoles primaires pour faire de la publicité pour Bien dans mes baskets. Y'a des jeunes qui ont passé du balai, de la vadrouille, qui ont déplacé des chaises, et puis qui voulaient le faire, parce qu'ils étaient responsables de quelque chose » (TS2).

Par ailleurs, l'implication sociale et communautaire des A-É permet de leur donner une autre place au sein de l'école, où *BdmB* ne semble pas toujours faire l'unanimité :

« Y'a beaucoup de gens qui disent : les jeunes qui sont là sont surprotégés (...) ils prennent beaucoup de place, ils sont très turbulents, on veut pas de cette clientèle-là à l'école (...) [Les heures communautaires], ça a permis à certains membres du personnel de changer la vision qu'ils avaient » (TS2).

Ainsi, *BdmB* agit sur l'école dans son ensemble, en vue d'une transformation permettant un traitement plus équitable et une vision plus positive d'élèves qui sont souvent perçus négativement. Comme le souligne Jay Coakley (2002), les jeunes issus de milieux défavorisés ont besoin de personnes qui puissent les défendre, au-delà du « modèle positif » que peut représenter leur entraîneur. Il y a fort à parier que ce type d'action renforce la confiance et la crédibilité que les A-É accordent aux intervenants du programme. Ces interventions au sein de la communauté scolaire permettent ainsi de potentialiser les niveaux d'intervention individuel, familial et groupal, en dépassant les frontières existant souvent entre ces formes d'intervention (St-Amand, 2001).

Marier la compétition et la solidarité en vue de valoriser le potentiel des jeunes

La dimension de la compétition sportive reste présente dans le programme, mais elle est négociée avec la dimension psychosociale de *BdmB*. Ces deux dimensions – qui entrent à la fois en synergie et en tension – structurent conjointement le programme. D'un côté, l'esprit de compétition contribue à souder l'équipe, ainsi qu'à motiver les jeunes à développer des aptitudes transférables dans d'autres domaines (par exemple l'importance de la concentration, également importante pour la réussite scolaire). D'un autre côté, les élèves plus faibles ou moins motivés sur le plan sportif, qui seraient exclus dans un contexte purement compétitif, ont leur place dans *BdmB* au regard des problèmes sociaux ou scolaires qu'ils rencontrent. Ce type de compromis entre le « social » et le « compétitif » s'opère sur une base régulière. Un autre exemple étant qu'une équipe dont les performances étaient faibles sur le plan sportif s'est donnée pour objectif de remporter le prix de l'éthique sportive, dans les tournois où les Dragons participent au même titre que les autres équipes de basket-ball du Québec. En effet, les équipes de *BdmB* sont rattachées aux ligues du Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) et s'inscrivent dans le cadre d'une activité parascolaire – *BdmB* étant dans le même temps reconnu comme une pratique novatrice d'intervention psychosociale dans le rapport annuel du CSSS Jeanne-Mance (2013). Ce rapport spécifie également que le programme a été le grand gagnant de la catégorie « Accessibilité et continuité des services » des prix décernés en 2012 par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (CSSS Jeanne-Mance, 2013). En plus de son adéquation aux réalités et aux aspirations des adolescents visés par le programme, comme nous l'avons souligné précédemment, *Bien dans mes baskets* trouve probablement son originalité et sa force dans la multiplicité de ses niveaux d'action, ces différents niveaux étant reliés par une cohérence d'ensemble : la visée de valorisation des jeunes et d'appui à leur réussite sportive, scolaire et sociale. Les différents prix gagnés par les participants du programme illustrent ses retombées positives sur ces trois plans. En effet, de 2010 à 2013, 42 bourses de persévérance sportives et 6 bourses de persévérance scolaire ont été attribuées à des A-É du programme, et divers prix ont été remportés, individuellement et collectivement (prix d'équipe) : 13 prix ont été décernés par le Réseau du sport étudiant de Montréal, des élèves athlètes du programme ont été distingués à trois reprises par le Sablon d'honneur du RSEQ⁶, un autre a reçu le prix Dollard-Morin de la relève à l'Assemblée nationale, etc. (Dusseault, 2011; 2012; 2013).

⁶ Prix provincial de l'athlète-étudiant masculin du secondaire ayant démontré une persévérance scolaire et sportive (<http://rseq.ca/gala/lau%C3%A9ats/>).

En plus de ces réussites individuelles et collectives, il est notable qu'entre 2011 et début 2014, tous les élèves athlètes ont persévéré sur le plan scolaire. Cela témoigne de sa pertinence pour contrer les déterminismes sociaux qui augmentent la probabilité d'échec scolaire, chez des jeunes *racisés* et issus de milieux défavorisés. C'est l'une des raisons pour lesquelles *BdmB* a suscité un grand intérêt à l'occasion du forum mondial Educasport. Ce dernier ouvre des opportunités de coopération internationale et de transfert des savoir-faire et des outils développés dans le programme. Il est donc pertinent de mieux comprendre les processus qu'ils permettent de générer : c'est l'objectif de cette troisième section.

La médiation par le basket-ball

L'importance du lien de proximité

Selon les travailleurs sociaux impliqués dans le programme, son efficience repose, entre autres aspects, sur le lien de confiance qui se crée entre les A-É et les entraîneurs. Un premier lien est créé entre adultes et jeunes du fait de partager une passion commune pour le basket-ball. Partant de cette base, les activités reliées à la pratique sportive vont induire une proximité qui comporte trois avantages. Tout d'abord, cette proximité soutient le développement d'une confiance : « Nous bâtissons un lien jour après jour avec le jeune dans ce qu'il aime, mais on le voit aussi dans le corridor, au dîner et à la récréation. Il voit toujours ton visage, donc il devient plus significatif » (TS2). La proximité occasionnée par l'accompagnement de leur équipe dans des tournois qui se déroulent en dehors de Montréal, lors de fins de semaine intensives, favorise la connaissance mutuelle et le dialogue : « Le déplacement, tu sais, c'est propice à toutes sortes d'enseignements également. C'est un moment privilégié pour approfondir des liens, pour discuter de situations » (TS2). Deuxièmement, comme le soulignent Hébert, Robitaille et Louffi (2007), le gymnase constitue un milieu d'observation des interactions sociales, ce qui permet de mieux repérer les difficultés rencontrées par un jeune et de faire des liens avec d'autres sphères de sa vie : « Il y a des choses qui ressortent dans le gymnase qui sont le pur symptôme de ce qui se passe à la maison, dans la rue et à l'école » (TS1). Troisièmement, le fait d'être présent dans le milieu de vie scolaire donne une position privilégiée pour « faire le pont avec les services sociaux » et favoriser des interventions coordonnées : « La simple conversation sur le basket dans un corridor a tourné à une référence au niveau de la santé, et puis un suivi par l'entraîneur bénévole et l'autre travailleur social du programme » (TS1). Cela permet aussi d'agir dans l'immédiateté et l'intensité lorsque se manifestent les besoins, en s'adaptant aux spécificités de l'adolescence :

« Souvent les adolescents ne formulent pas de demande, ils ont déjà de la misère à aller chez le médecin... (...) C'est aujourd'hui qu'ils ont le problème. Le rendez-vous va être dans trois semaines, et là, ils en ont plus de problèmes, c'est réglé, eux autres sont passés à autre chose. (...) Tandis que si t'es dans le milieu, et que quand ils viennent on est capables de les recevoir, de les entendre et de les mobiliser dans une action, ça va peut-être prendre une, deux, trois rencontres très rapprochées (...) mais il va déjà être mieux » (TS1).

C'est en s'appuyant sur les forces liées à une telle proximité que les intervenants du programme effectuent un travail de médiation (Bondu, 1998; Dartiguenave, Garnier, 2008; Fiutak, 2009), en tant qu'intervention stratégique favorisant la communication entre différents acteurs, en vue de dynamiser positivement leurs relations. La médiation correspond plus largement à appuyer une : « transformation du rapport entre un sujet et une réalité problématique » (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009 : 34). Une telle définition renvoie à l'un des enjeux majeurs du champ du travail social : dans cette perspective de transformation, le changement doit-il se situer au niveau du sujet, ou de son environnement, de son contexte social? Vis-à-vis de ce questionnement, l'originalité de *Bien dans mes baskets* est d'agir conjointement auprès des jeunes et de leur environnement, comme nous l'avons vu. Nous allons à présent examiner plus précisément comment, parallèlement à une action sur le milieu, *BdmB* joue un

⁷ http://www.educasport-worldforum.org/PDF/CP_021213_EDUCASPORT_AWARDS.pdf

rôle de médiateur dans la quotidienneté des pratiques de basket-ball. Comment le programme permet-il aux A-É de renégocier leurs rapports à eux-mêmes, avec leurs pairs et à l'école, en tant qu'institution avec laquelle se développe une forme de relation (confiance ou défiance vis-à-vis de son fonctionnement, perception de la place qu'ils y occupent, représentations de ses acteurs)?

La médiation sportive et ses dynamiques

Tout d'abord, il s'agit de souligner que l'objet médiateur de *BdmB* sollicite une activité corporelle. Dès 1934, John Dewey a analysé en quoi le corps représente un intermédiaire important dans la vie psychosociale des individus. Ce type de réflexion est poursuivi dans différentes disciplines qui étudient les liens étroits unissant le corps, le psychologique et le social (Damasio, 2006; Marzano, 2007). La médiation sportive renvoie à ces multiples dimensions et de nombreux travaux se sont attachés à en montrer les bénéfices physiques, cognitifs, affectifs et sociaux chez les jeunes d'âge scolaire (Bailey et al., 2009; Laberge et al., 2007). Duret (2008) met en avant l'importance d'associer un accompagnement psychosocial aux pratiques sportives, afin de faciliter le transfert des habiletés dans d'autres sphères de la vie. Au travers des bénéfices pouvant être retirés dans une ou plusieurs de ces dimensions, qui exercent toutes une influence sur le rapport « de soi à soi », les A-É vont transformer la manière dont ils se perçoivent. Par exemple, ils pourront se sentir plus compétents, en identifiant leur aptitude à se concentrer, ou encore percevoir qu'ils disposent d'un soutien social de la part de leurs coéquipiers ou de leur entraîneur.

Par ailleurs, l'importance de la dynamique de groupe entre les jeunes ainsi qu'entre les jeunes et les entraîneurs intervenants représente l'une des variables déterminantes du fonctionnement du programme. En tant que « facilitateurs des échanges dans le groupe » (TS2), les entraîneurs intervenants veillent au bon déroulement des temps collectifs et appuient les équipes dans la définition et la réalisation de leurs buts :

« On a vraiment un cheminement de groupe, au début on établit le pourquoi être ensemble, les règles, et les objectifs sportifs et sociaux pour amener le groupe à se réaliser » (TS1).

En lien avec l'activité sportive, il s'agit de déterminer, de négocier et d'ajuster les règles de fonctionnement du groupe, ainsi que d'établir des liens entre valeurs véhiculées et pratiquées (ex. : « on fait le lien : tes retards, là, ont un impact sur les autres », TS1). Cette régulation favorise la création et le maintien de liens sociaux positifs (Delgado, 2000). Par ailleurs, la coopération exigée par la pratique du basket-ball favorise le développement des aptitudes mobilisées dans un travail collaboratif, parmi lesquelles figure la capacité à faire confiance, à avoir de l'empathie vis-à-vis des autres et à résoudre des conflits (Bailey et al., 2009). Dans le contexte de l'adolescence, où s'expérimentent de nouvelles formes d'interactions sociales, il s'agit d'expériences pouvant transformer les modalités du rapport à l'autre de ces jeunes.

Au-delà de ce qu'une pratique sportive permet de développer sur le plan relationnel, le programme vise à porter, à transmettre et à actualiser un certain nombre de valeurs sociales : « *BdmB* met l'accent sur l'éthique, le sentiment d'appartenance, la rigueur, l'engagement, le dépassement de soi, la fierté ». (TS2) Ces aspects sont amenés dans le quotidien du programme :

« On est réputés au niveau provincial pour avoir une éthique sportive très très très élevée. Donc ça, ça fait partie de la partie communautaire. C'est sûr qu'on travaille sur le social, veux, veux pas, on travaille sur le respect, on travaille sur le comportement dans un match de basket : être capable de travailler comme il faut avec l'adversaire, avec ton arbitre, avec tes joueurs... Donc on est réputé pour être assez clean » (TS1).

Les entraînements et les matchs sont également l'occasion d'expérimenter collectivement des pratiques démocratiques : « Notre équipe avait un mode de fonctionnement démocratique. Tout le monde, après chaque rencontre demandait : "qu'est-ce que t'as appris, qu'est-ce que tu voudrais changer...?" » (TS2).

La question du transfert des acquis effectué par les jeunes dans le cadre du programme à d'autres sphères de vie est une préoccupation soutenue par la philosophie du programme. Les entraîneurs intervenants cherchent à l'actualiser en établissant des liens entre la pratique sportive, l'école et la vie quotidienne des A-É : « On se permet de faire le lien avec leur vie scolaire, parce qu'ils font partie de ce programme-là. Notre relation à l'école est très importante » (TS1). L'un des travailleurs sociaux rencontrés illustre le type d'intervention qu'il a, en ce sens : « Peux-tu réfléchir à ça : regarde, là dans le gymnase, quand tu fais ça en classe, ça se ressemble un peu » (TS2). Il est clair pour les A-É que la réussite scolaire fait partie du plan de match de *BdmB*. Le soutien scolaire est proposé à ceux qui rencontrent des difficultés, tout en misant sur leur autonomie et leur appropriation des enjeux de cette réussite.

En ce qui concerne l'action sur les rapports entre l'élève et les acteurs du milieu scolaire, la proximité des intervenants vis-à-vis des A-É, tout en faisant partie du personnel œuvrant en milieu scolaire, est une position stratégique pour une médiation permettant de soutenir ou de rétablir de bonnes relations :

« Des fois c'est le jeune qui peut juste venir me parler : "Je ne m'entends pas avec ce prof-là, je n'y arrive pas, il est tout le temps sur mon dos." "Ok bon, je te reçois, qu'est-ce que tu voudrais? Qu'on rencontre ton prof, qu'on essaie d'en discuter?" » (TS2).

Afin qu'il y ait suffisamment de confiance de part et d'autre, le rétablissement des liens entre élèves et acteurs du champ scolaire est un enjeu important : en effet, un conflit avec un professeur peut radicalement changer le rapport d'un jeune vis-à-vis de l'institution scolaire. Réciproquement, un conflit avec un élève peut amener un professeur à généraliser le trait négatif qu'il perçoit au groupe social dont l'élève fait partie. Les enjeux macrosociaux qui se traduisent à ce niveau microsocial sont pris en compte par un travail de médiation quotidien grâce auquel se renouent des liens fragilisés par des dynamiques de discrimination ou de marginalisation. En somme, la médiation scolaire se réalise en intervenant auprès des A-É pour les motiver et les aider à se projeter dans l'avenir (sur le plan scolaire en particulier), en défendant les intérêts de ces jeunes auprès des divers acteurs de l'école ainsi qu'en favorisant le dialogue et la résolution de conflits entre eux. Cette action sur l'environnement des jeunes s'avère essentielle pour éviter l'écueil d'une responsabilisation exclusive des jeunes quant à l'origine ou aux solutions des problèmes sociaux qu'ils rencontrent (Gonin, Grenier et Lapierre, 2012; Le Yondre, Bodin, 2010). Une causalité interne à l'individu ou au groupe social est en effet implicitement attribuée si l'attention se porte seulement sur ses caractéristiques ou ses comportements, en faisant abstraction du contexte social et des dynamiques auxquelles d'autres acteurs contribuent. En agissant sur le milieu des A-É, et pas seulement auprès d'eux, *BdmB* évite ce type de stigmatisation. Parallèlement au fait qu'il s'ancre dans les intérêts de la population ciblée, cet élément joue possiblement un rôle important sur la popularité du programme dans le milieu scolaire montréalais.

CONCLUSION

En examinant les origines, les modalités d'action et les processus visés par le programme *Bien dans mes baskets*, nous avons identifié trois leviers principaux sur lesquels s'appuie son action. Le premier temps de cet article a souligné son ancrage dans les intérêts des jeunes qu'il cible, tout en étant noué aux préoccupations du milieu scolaire (réussite et climat scolaires) et du champ de la santé et des services sociaux (problèmes sociaux, bien-être des élèves). Nous avons ensuite mis en relief l'une des grandes originalités du programme : la multiplicité de ses niveaux d'intervention, permettant un ensemble d'actions ajustées et concertées qui, mises ensemble, augmentent le potentiel de chacune. Enfin, la pertinence d'une médiation sportive a été analysée au travers des processus qu'elle favorise, sur les plans individuel, groupal et à l'échelle de la communauté scolaire et sportive. Ce portrait analytique du programme en a montré les forces. Ses limites sont qu'il n'est, bien entendu, pas en mesure d'agir sur l'ensemble des dynamiques discriminatoires, souvent subtiles, qui traversent le milieu scolaire. Toutefois, celles-ci peuvent être prises en considération lorsqu'elles sont mises en lumière.

Le programme ne prétend pas intervenir sur toutes les dimensions qui ont une influence sur le parcours des jeunes qui y participent. Néanmoins, la valorisation de leurs intérêts et l'opportunité de participer à des activités leur faisant vivre des réussites, sur les plans sportif, scolaire ou social, apparaissent comme un mode d'action approprié pour leur donner une place sociale différente de celle tendue par des déterminismes sociaux défavorables. À la lumière des retombées positives du programme, *BdmB* ouvre de nouvelles avenues d'intervention car, au-delà de ses spécificités, ses traits généraux peuvent être transférés à d'autres contextes et populations. En particulier, l'ancrage de l'intervention aux intérêts de la population visée apparaît comme une dimension clé pour rejoindre des personnes habituellement peu enclines à faire appel aux travailleurs sociaux. D'autre part, la multiplicité de ses niveaux d'action, qui permet d'associer des interventions menées sur les plans individuel et groupal à une visée plus large de transformation de l'environnement social, se montre très pertinente pour des populations concernées par des discriminations ou par des mécanismes de reproduction des inégalités sociales.

ABSTRACT :

“Bien dans mes baskets” is a preventive program that has been in Montreal elementary and high schools for 15 years. Description of the origins and operation of this program, which uses extracurricular basketball as a psychosocial intervention tool. The program works with vulnerable youths, mainly the children of first-generation immigrants, their families and school personnel. It seeks to improve the health, wellbeing, and life trajectory of these youngsters, including their academic success.

KEY WORDS :

social work –methodology, group intervention, sport mediation, program evaluation, dropout

RÉFÉRENCES

- Alain, M., et D. Dessureault (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bailey, R., Armour, K., Kirk, D., Jess, M., Pickup, I. et R. Sandford. (2009). « The Educational Benefits Claimed for Physical Education and School Sport: an Academic Review », *Research Papers in Education*, 24 (1), 1-27.
- Bondou, D. (1998). *Nouvelles pratiques de médiation sociale. Jeunes en difficulté et travailleurs sociaux*, Paris : ESF.
- Bourdieu, P. et J.-C., Passeron (1970). *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris : Éditions de minuit.
- Carrier, C. (2003). « Pratiques sportives et peurs adolescentes », *Empan*, 51 (3), 11-14.
- Castillo, I., Duda, J. L., Balaguer, I. et I. Tomás, (2009). « Cross-domain Generality of Achievement Motivation across Sport and the Classroom: the Case of Spanish Adolescents », *Adolescence*, 44 (175), 569-581.
- CSSS Jeanne-Mance (2013). *Rapport annuel de gestion*, Montréal : CSSS Jeanne-Mance. En ligne : http://www.csssjeannemance.ca/fileadmin/csss_jmance/Publications/Rapports_annuels/Pdf/2012_2_013_RapportAnnuelComple.pdf. Consulté le 9 février 2014.
- Chen, H. T. (2006). « A Theory-driven Evaluation Perspective on Mixed Methods Research », *Research In The Schools*, 13 (1), 75-83.
- Chouinard, I., Couturier, Y. et Y. Lenoir (2009). « Pratique de médiation ou pratique médiatrice? La médiation comme cadre d'analyse de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, 21 (2), 31- 45.
- Coakley, J. (2002). « Using sports to control deviance and violence among youths: let's be critical and cautious » : 13-30, in Gatz, M. (dir.), *Paradoxes of youth and sport*, Albany, N. Y.: State University of New York Press.
- Coatsworth, J. D. et D.E. Conroy (2007). « Youth Sport as a Component of Organized Afterschool Programs », *New Directions for Youth Development*, 115, 57-74.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2011). *Profilage racial et discrimination systématique des jeunes racisés*, Québec : Presses officielles du Québec.
- Damasio, A. R. (2006). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Paris : Odile Jacob.
- Darmon, M. (2006). *La socialisation*, Paris : Armand Colin.

- Dartiguenave, J.-Y. et J.F. Garnier (2008). *Un savoir de référence pour le travail social*, Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Delgado, M. (2000). *New Arenas for Community Social Work Practice with Urban Youth. Use of the Arts, Humanities, and Sports*, New York, N.Y. : Columbia University Press.
- De Visscher, P. (2001). *La dynamique de groupe, d'hier à aujourd'hui*, Paris : Presses universitaires de France.
- Dewey, J. (2005). *L'art comme expérience*, Pau : Éditions Farrago. (1re publication : 1934)
- Duret, P. (2008). *Sociologie du sport.*, Paris : Presses universitaires de France.
- Dusseault, M. (2011). *Rapport d'activité du programme Bien dans mes baskets*. Année 2010-2011. Montréal : CSSS Jeanne Mance.
- Dusseault, M. (2012). *Rapport d'activité du programme Bien dans mes baskets*. Année 2011-2012. Montréal : CSSS Jeanne Mance.
- Dusseault, M. (2013). *Rapport d'activité du programme Bien dans mes baskets*. Année 2012-2013. Montréal : CSSS Jeanne Mance.
- Dynarski, M., Clarke, L., Cobb, B., Finn, J., Rumberger, R. et J. Smink (2008). *Dropout Prevention : A Practice Guide* (NCEE 2008-4025), Washington, DC : National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences.
- Famose, J. P., et J. Bertsch (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*, Paris : Presses universitaires de France.
- Fraser, N. (2004). « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *Revue du MAUSS*, 1 (23), 152-164.
- Fiutak, T. (2009). *Le médiateur dans l'arène. Réflexion sur l'art de la médiation*, Paris : Érès.
- Gonin, A., Grenier, J. et J.-A. Lapiere (2012). « Impasses éthiques des politiques sociales d'activation », *Nouvelles pratiques sociales*, 25 (1), 166-186.
- Guest, A. et B. Schneider (2003). « Adolescents » *Extracurricular Participation* », *Sociology of Education*, 76 (2), 89-109.
- Hébert, J., Robitaille, J. et M. Loufi (2007). « L'évaluation d'une pratique novatrice auprès de jeunes marginalisés », *Actes du Congrès international Francophone des Écoles de travail social*, Namur.
- ICF et International and National Dropout Prevention Center/Network. (2008). *Best Practices in Dropout Prevention*, Austin, TX : Texas Education Agency.
- Jacob, S., Ouvrard, L. et J.-F. Bélanger (2010). « L'Évaluation participative en action : Le projet d'évaluation des pratiques du centre jeunesse de Québec-institut universitaire », *Cahiers de la performance et de l'évaluation*, 2, en ligne : <http://www.pol.ulaval.ca/Perfeval/cms/index.php?menu=27>
- Laberge, S., Bush, P., Chagnon, M. et S. Laforest (2007). *Promotion de l'activité physique et impact du niveau de pratique sur certains facteurs favorisant l'apprentissage*, Montréal, QC : Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal.
- Langlois, M. (2013). *Développement du sentiment d'appartenance à une équipe sportive et persévérance scolaire : le cas des jeunes du programme « Bien dans mes baskets »*, Mémoire de maîtrise en Sciences de l'activité physique, Université de Montréal. En ligne : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8965/Langlois_Marc_ML_2012_memoire.pdf?sequence=4 »
- Lapointe, L., Laberge, S. et M. Dussault (2012). « Comment l'intervention psychosociale dans le sport peut-elle développer des habiletés de vie chez les jeunes de milieu multiethnique moins bien nantis? », *Phenex Journal* 4 (1), 1-21.
- Le Breton, D. (2003). « Activités physiques et sportives et l'intégration », *Empan*, 3 (51), 58-64.
- Le Yondre, F. et D. Bodin (2010). « Le sport comme soutien aux pratiques d'assistance sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, 23 (1), 137-151.
- Martin, A. J. (2008). « How Domain Specific is Motivation and Engagement across School, Sport, and Music? A substantive-methodological Synergys Assessing Young Sportspeople and Musicians », *Contemporary Educational Psychology*, 33, 785-813.
- Marzano, M. (2007). *Philosophie du corps*, Paris : Presses universitaires de France.
- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (2009). *Tous ensemble pour la réussite scolaire*, Québec : Gouvernement du Québec.
- OCDE (2011). *Education at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2011-en>
Consulté le 10 octobre 2013.

- Peugny, C. (2013). *Le destin au berceau. Inégalités et reproduction sociale*, Paris : Le Seuil.
- Roché, S. (2005). « Plus de sport, plus de délinquance chez les jeunes », *Recherches et Prévisions*, 82, 40-48.
- St-Amand, N. (2001). « Dans l'ailleurs et l'autrement, pratiques alternatives et service social », *Reflets*, 7 (2), 30-74.
- Simard, S. (2014). *Le développement positif des jeunes en contexte sportif parascolaire : évaluation du programme d'intervention psychosociale Bien dans mes Baskets*. Thèse de doctorat en Sciences de l'activité physique, Université de Montréal. En ligne : » https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10533/Simard_Stephanie_2013_these.pdf?sequence=2
- Turcotte, D. et J. Lindsay (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Tyyskä, V. (2008). « Parents et adolescents de familles immigrantes : influences culturelles et pressions matérielles », *Diversité canadienne*, 6 (2), 88-93.

Piste de lecture

Le soutien aux familles d'enfants gravement malades. Regards sur les pratiques novatrices,

sous la direction de Champagne, M. Mongeau, S. et L. Lussier, Presses de l'Université du Québec, 2014, 217 p.

Résumé et commenté par

Annie Gusew, T.S., Médiatrice familiale.

Cet ouvrage collectif, écrit par des chercheurs et des intervenants, rassemble les résultats de recherches participatives récentes sur les pratiques novatrices du Phare Enfants et Familles, un organisme communautaire sans but lucratif unique au Québec, qui offre des services de répit en hébergement à la Maison André-Gratton (MGA) ou à domicile à des enfants présentant des « conditions médicales complexes » et de l'accompagnement à leurs familles. Depuis sa création, cet organisme est soucieux d'évaluer les pratiques novatrices développées pour répondre aux besoins de soutien et de répit des enfants gravement malades et de leur famille et ainsi ajuster ses programmes en tenant compte des résultats. Cet organisme est un bel exemple de pratiques de grande qualité non-standardisées.

Le livre intéressera un large public : des professionnels de la santé et des services sociaux, des parents d'enfants gravement malades, des bénévoles ou des étudiants de disciplines de la santé ou des sciences sociales. Il donne la parole aux principaux acteurs, les enfants et les adolescents gravement malades, et à leur famille, faisant état de leurs conditions de vie et de leurs besoins de soutien dans un contexte où les avancées biomédicales et technologiques prolongent la vie, mais n'en assurent pas toujours la qualité.

Le livre est constitué de neuf chapitres qui s'imbriquent les uns dans les autres dans une progression logique. L'introduction traite de la transformation des pratiques de prise en charge des enfants gravement malades et des besoins de leur famille, de l'historique des soins palliatifs pédiatriques pour se terminer sur une présentation de l'organisme Phare Enfants et Familles. Le premier chapitre (Champagne, Mongeau avec la coll. de Bédard et Stojanovic) fait état des conditions de vie de ces familles au niveau des défis quotidiens qu'elles rencontrent. Un incontournable pour apprécier les pratiques novatrices dont il sera question tout au long du livre. Les données recueillies dans le cadre de deux recherches (2003, 2008) permettent de constater que la complexité de la condition de ces enfants et des soins qu'ils exigent va en augmentant et infirment les propos de la première cohorte de parents sur les conséquences physiques, affectives et sociales dues à la vie avec des enfants gravement malades. Le deuxième (Champagne, Mongeau) et le troisième chapitre (Champagne, Trudel avec la coll. de Desombre, Schutter) traitent des retombées des séjours à la MAG pour l'enfant et sa famille. C'est tout d'abord du point de vue des parents dont il est question. Ils avancent l'idée que la qualité des soins offerts à leurs enfants et la longueur du séjour optimisent les effets du répit pour les membres de la famille. Ils mettent l'accent sur l'importance de bien préparer le séjour, ce qui a conduit la MAG à modifier ses pratiques. Il est ensuite question des retombées, pour les enfants et les adolescents, des séjours de répit. Pour documenter leurs expériences, cette recherche a fait usage de l'observation participante pour analyser les activités de la vie quotidienne lors de leurs séjours. Plus spécifiquement, les activités artistiques semblent favoriser chez ces enfants et adolescents le dépassement de soi et le développement de leur plein potentiel. Un angle intéressant qui privilégie leurs capacités plutôt que leurs limites. Le chapitre quatre (Mongeau, Champagne, Cardinal) regarde comment l'organisme s'y est pris pour stimuler la participation des parents dans divers contextes en lien avec son fonctionnement et sa gestion; la défense des droits des enfants gravement malades et de ceux de leur famille; ainsi que le développement des différents programmes. L'organisme considère les parents comme des

partenaires et des experts de leur situation. Leur manière de les impliquer fait en sorte que malgré le peu de temps dont ils disposent, ils n'hésitent pas à s'impliquer. Le chapitre cinq (Chénard, Cardinal) présente les ateliers offerts par l'organisme aux parents en soutien aux décisions éthiques. Ces ateliers visent à les rendre capables de prendre des décisions complexes pour leurs enfants. Bien que les ateliers n'aient pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle, la pertinence de ceux-ci semble évidente. Les chapitres six (Vinit, Bourdages avec la coll. de Lepage, Jobin) et sept (Trudel, Mongeau avec la coll. de Gervais) sont consacrés à la richesse des expériences d'accompagnement des enfants et des adolescents recevant des services de l'organisme et à celles des préposés aux bénéficiaires et des stagiaires en art. Malgré les défis rencontrés, leurs expériences d'accompagnement sont très gratifiantes et contribuent au développement des enfants et des adolescents concernés. Enfin, les chapitres huit (Champagne avec la coll. de Forsyth, de Varennes et Tétrault) et neuf (Garrow, Kishchuk et Forsyth) s'intéressent au programme de répit à domicile. Tout d'abord, on traite du développement du programme de formation des bénévoles offert en salle de classe puis de la formule à distance qui a été adaptée pour répondre aux besoins du plus grand nombre de personnes et s'assurer que le soutien offert aux familles est de grande qualité. Dans le chapitre qui suit, ce sont les éléments contraignant et facilitant au déploiement du programme de répit en région qui sont abordés. Il s'en dégage une volonté de la part du Phare Enfants et Familles et des organismes partenaires de travailler de concert au développement et à l'amélioration constante des services aux enfants gravement malades et à leur famille à l'échelle provinciale. Le livre se conclut sur des considérations d'ordre éthique (Franco) en traitant de la place des valeurs d'équité et de justice sociale en lien avec la trajectoire de ces enfants et de leur famille. En quelque sorte, ce livre relate la réponse développée aux besoins des enfants et des adolescents gravement malades et de leurs familles, dans un souci constant d'amélioration des programmes et de collaboration étroite avec tous les acteurs concernés, principalement les parents. Une inspiration de ce qui devraient être des pratiques exemplaires!

Piste de lecture

La relation d'aide au cœur de l'intervention

par Carole Ouellet, Éditions Harmonie-Vie, 2012, 408 p.

Résumé et commenté par

Joanie Robidoux, T.S. Coordinatrice Planetree, Centre gériatrique Maïmonides Donald Berman, Montréal

Le rôle primordial de la relation entre l'intervenant et la personne aidée n'est plus à légitimer. Le lien thérapeutique en tant que clé pour une intervention efficace et significative est abordé dans de nombreuses publications et formations professionnelles en relation d'aide. Toujours est-il qu'établir ce lien dans le cadre d'une relation professionnelle de qualité reste un grand défi. Connaître les techniques sur le bout des doigts n'est évidemment pas un gage de réussite absolue. La combinaison des différents niveaux de savoir (savoir, savoir-faire, savoir-être) facilite une meilleure expérience, tout en prenant en compte que chaque individu, famille ou groupe réagit différemment.

« La relation d'aide au cœur de l'intervention » se veut un guide d'apprentissage complet sur le développement de ces savoirs dans le cadre d'un lien thérapeutique. L'auteure, Carole Ouellet, est enseignante au niveau collégial à la retraite et clinicienne en pratique autonome en consultation psychosociale et en médiation familiale. Son souhait est de bien outiller les lecteurs sur tous les aspects du lien thérapeutique, d'augmenter leur confiance, de les aider à obtenir de meilleurs résultats et de mieux utiliser les ressources dans des situations difficiles. Ce livre s'adresse à un public très vaste : les intervenants de plusieurs disciplines en relation d'aide, autant que les étudiants, professeurs et gens intéressés par le sujet.

Par l'entremise de plus de 150 exemples cliniques, ce livre vise à fournir un outil pour la formation continue, l'aide à la pédagogie ou la connaissance générale. Cet ouvrage est vulgarisé et accessible à tous. Construit comme un guide contenant des exercices pratiques pour l'application, il s'avère utile que ce soit dans un contexte d'intervention individuelle, de couple, familiale ou de groupe.

L'ouvrage écrit par Mme Ouellet se divise en 15 chapitres. Une explication succincte du contenu des chapitres du point de vue de l'auteure est d'ailleurs disponible aux pages 17, 18 et 19 du livre. Le premier chapitre aborde l'aspect théorique de la relation d'aide. On la définit, détermine ses buts, son contexte, ses règlementations.

L'identification des valeurs personnelles et professionnelles de l'intervenant, ses besoins, les conflits possibles et comment les gérer sont abordés dans le deuxième chapitre. Le chapitre 3, parle plutôt des caractéristiques nécessaires au travail d'équipe, les « habiletés socioprofessionnelles », et aide le lecteur à se situer par rapport à celles-ci.

Le chapitre 4 définit ensuite ce que signifie une problématique tout en donnant plusieurs exemples concrets. En introduisant les différents types de clientèles, l'auteure identifie les problématiques et thématiques générales qui les affectent. Par exemple, l'auteure va présenter les clientèles présentant des troubles liés au vieillissement. Elle dresse un court portrait de cette clientèle et présente un exemple clinique. Elle identifie ensuite certaines difficultés que cette clientèle peut vivre, comme l'affaiblissement sensoriel et moteur, des abus possibles des proches et un isolement social. L'auteure ajoute des pistes de solution, en proposant, par exemple, de favoriser des activités de stimulation sensorielle pour cette clientèle. Le 5^e chapitre traite des mécanismes de défense, de la motivation des clients et des éléments favorisant la mise en évidence des compétences du client pour développer son autonomie dans la relation d'aide. En lien avec le chapitre 5, le 6^e chapitre parle des facteurs qui facilitent ou bloquent le processus de changement, soit les facteurs de protection et de risque.

Dans un autre ordre d'idées, le chapitre 7 cherche à mieux définir ce qu'est une émotion. À cet effet, l'auteure propose des outils permettant aux intervenants de raffiner leur vocabulaire pour nommer leurs émotions et apprendre également à nuancer les émotions vécues tout en étant plus précis sur la définition des émotions identifiées.

Le chapitre 8 explique en quoi la relation de confiance dans un lien thérapeutique est primordiale, alors que le chapitre 9 démontre les modes de communication qui vont affecter cette relation. L'auteure aborde d'ailleurs longuement la communication non verbale, élément très important de la relation thérapeutique. Elle présente les différentes facettes de la communication corporelle, jusque dans l'explication du rôle de la respiration dans le contrôle des émotions. Après chaque mode de communication, l'auteure vient renforcer les éléments abordés en faisant un lien avec la recherche.

Le chapitre 10 détaille les 5 étapes du processus d'intervention en donnant des exemples cliniques variés. La première étape vise à observer, à induire une compréhension clinique et une synthèse, pour avoir une connaissance plus approfondie de la personne et de la situation. Dans la deuxième étape, il s'agit de formuler des objectifs pour atteindre le résultat désiré. La planification de l'intervention arrive à la troisième étape pour choisir les moyens d'atteindre les objectifs dans le temps. À la 4^e étape, il s'agit de l'intervention à partir d'une typologie d'intervention, soit le cœur de la relation d'aide où se déroule le dialogue thérapeutique. L'auteure présente en profondeur cette étape avec les 14 types d'intervention comme la reformulation par une synthèse, la focalisation, la clarification, etc. La dernière étape consiste à évaluer et à réviser les acquis ou les résultats du processus d'intervention. Le 11^e chapitre aborde brièvement différentes approches utilisées en intervention, telles que l'approche humaniste, l'approche systémique, l'approche orientée vers les solutions, etc. Le chapitre 12 présente quelques programmes et outils utilisés pour des clientèles et problématiques particulières. Par exemple, dans la problématique d'idéation suicidaire, l'auteure présente les programmes suivants : « Pare-chocs », « Agir avant, agir à temps », « Agir ensemble pour la prévention du suicide chez les jeunes » et « Voir un ami pleurer ».

Le chapitre 13 effleure les risques qu'un intervenant peut vivre lors de son travail, par exemple la manifestation de maux physiques ou du stress. Le chapitre 14 ajoute des notions supplémentaires qui permettent de mieux outiller les intervenants, en présentant brièvement, par exemple, les notions de résilience, de triangle névrotique et d'intégrité.

Quant au dernier chapitre, l'auteure discute des attitudes facilitantes au bon fonctionnement du travail d'équipe. Enfin, un lexique définissant certains termes cliniques se retrouve à la fin du livre.

En conclusion, nous pouvons dire que le livre « La relation d'aide au cœur de l'intervention » écrit par Mme Ouellet est d'abord et avant tout un guide d'apprentissage pratique. Les lecteurs pourront le feuilleter selon leurs besoins et intérêts. Le style d'écriture engagé permet de ressentir la passion du métier et de l'enseignement de Mme Ouellet. Les exercices et les exemples concrets proposés tout au long du livre supportent la compréhension et la rétention des notions.

Ce livre, bien que pouvant intéresser un public diversifié, sera probablement plus pertinent, voire un excellent outil, pour les étudiants, les stagiaires, les professeurs, les nouveaux intervenants ou les gens désirant approfondir leurs capacités de communication en relation d'aide, plutôt que pour les professionnels de la relation d'aide plus expérimentés. S'avérant tout de même un bel outil complet de révision des connaissances, l'objectif de ce livre reste de présenter un matériel de base.

En bref, Carole Ouellet semble avoir réussi le défi de fournir des outils sur les rouages d'une relation d'aide ainsi que sur les techniques qui y sont liées, et ce par des exemples concrets et un langage accessible.

Piste de lecture

Social Work : The Rise and Fall of a Profession ?

Par Steve Rogowsky, Bristol : Policy Press, 2010, 216 p.

Résumé et commenté par

Claude Lavoie, T.S., Ph.D. (c.), École de service social, Université d'Ottawa

Cette publication a déjà été remarquée dans la plupart des milieux institutionnels et de formation en travail social, tant aux États-Unis qu'en Europe. Il s'agit d'un livre qui s'adresse aux étudiants, aux praticiens et à tous ceux qui sont préoccupés par les rapports humains et l'avenir du travail social. L'auteur, Steve Rogowsky pose d'abord un regard historique sur l'évolution du travail social et du contexte socio-économique britannique ainsi que sur l'instauration des *Charity Organisation Societies* (fin du XIX^e siècle à nos jours). Ensuite, il élabore une critique de l'effet des politiques sociales instaurées sous le gouvernement Thatcher et reconduites par son successeur, John Major, à la fin des années 1970, et de l'avenir du travail social en tant que profession. Pour l'auteur, l'avenir d'une profession, attentive à la nature intangible et incalculable des rapports humains, devient incertain dans un contexte néolibéral reposant essentiellement sur la performance et les résultats mesurables.

En introduction, l'auteur retrace son parcours professionnel. Témoignant du climat difficile dans lequel il a œuvré pendant 35 ans, il fait part de ses préoccupations pour l'avenir du travail social qui, depuis quelques années, est poussé dans une direction laissant peu de place aux valeurs humaines fondatrices de la profession. Pour l'auteur, cette orientation est imposée par des technocrates qui tentent d'appliquer les recettes du marketing aux services sociaux. Dans cette partie, l'auteur discute de l'influence du siècle des Lumières, de la modernité et de la postmodernité sur le développement du travail social.

Le premier chapitre propose un retour sur les politiques sociales qui ont contribué à l'avènement du travail social et de la formation professionnelle, du milieu du XIX^e siècle à la fin des années 1970. L'auteur souligne que l'émergence de cette profession est survenue dans un contexte social et économique particulier, où la lutte contre la pauvreté était une préoccupation majeure. Il présente les principaux pionniers de cette émergence, ainsi que les idéologies qui soutenaient leur action.

Le chapitre deux de l'ouvrage est consacré à l'évolution du travail social en Angleterre. L'accent est mis sur la première moitié du XX^e siècle, période propice au développement de la profession. C'est l'histoire sociopolitique de l'Angleterre que l'auteur relate à travers l'histoire du travail social. Il attire aussi notre attention sur les personnages et les mouvements qui ont favorisé la montée de la pensée libérale dans son pays.

Dans le troisième chapitre, qui s'intéresse à la période allant de 1970 à 1990, l'auteur recense les effets des politiques des premiers ministres Margaret Thatcher et John Major sur la société et le travail social. Selon l'auteur, ces politiques ont fragmenté le travail social et les services sociaux si bien que le secteur privé et le bénévolat ont dû prendre le relais auprès des groupes démunis. Ce chapitre présente également la philosophie qui sous-tend le néolibéralisme et deux de ses auteurs les plus influents : Friedrich Hayek et Milton Friedman.

Le quatrième chapitre s'intéresse à la période suivant l'élection de Tony Blair et du *New Labour*, où ont été consolidées les réformes initiées par les conservateurs. Dans ce contexte, le rôle du travail social est devenu circonstanciel et limité, se réduisant à des approches bureaucratiques, standardisées et largement technocratiques, orientées vers la gestion des risques. C'est durant cette période que le néolibéralisme et la philosophie gestionnaire du secteur privé ont atteint la pratique du travail social.

Le cinquième chapitre relate les changements survenus au cours des quarante dernières années au sein du système de formation des travailleurs sociaux en Grande-Bretagne ayant conduit à la professionnalisation. Par ailleurs, l'auteur remarque que le contexte idéologique, économique, social et politique actuel accentue la tendance à la déprofessionnalisation du travail social. Il analyse cette situation dans différents services où œuvrent les travailleurs sociaux. Pour l'auteur, l'essence du professionnalisme, c'est le partenariat et le partage avec le plus grand nombre de connaissances et de compétences professionnelles. Rogowsky considère que le concept de travail social professionnel est remis en question par le néolibéralisme qui impose aux praticiens des redditions de comptes uniquement selon des critères et des règles de gestion.

Le sixième et dernier chapitre traite de « l'entreprise » du travail social. L'auteur montre comment le travail social a été profondément affecté durant les quinze dernières années par l'imposition d'une culture d'entreprise concurrentielle. Cette évolution a suscité un profond malaise chez les travailleurs sociaux qui se trouvaient écartelés entre les valeurs qui les ont amenés à cette profession et la culture de la performance axée sur les objectifs et l'atteinte de résultats. L'influence du rationalisme scientifique se manifeste dans l'utilisation d'outils de gestion comme les formulaires informatisés et les modèles établissant des pratiques systématiques, objectives et uniformes destinées à améliorer le jugement professionnel. Cependant, ces pratiques normalisées accordent peu d'attention à la subjectivité des utilisateurs et aux méthodes informelles qui, généralement, se combinent dans le cadre d'une relation thérapeutique ou d'accompagnement. Pour l'auteur, cette transformation du travail social en entreprise est une violation des valeurs humanistes du travail social et de son engagement pour la justice et le changement social. Il n'est donc pas étonnant que les travailleurs sociaux soient déçus et démoralisés. L'auteur termine son livre de manière polémique en affirmant qu'une niche existera toujours pour les travailleurs sociaux critiques et progressistes, voire même radicaux.

À première vue, ce livre qui met encore une fois en garde contre les effets néfastes du néolibéralisme sur la pratique du travail social peut sembler redondant. Mais il se démarque par la description exhaustive des circonstances qui entourent l'évolution du travail social, et la mise en relief des aspects théoriques et idéologiques de la pratique du travail social. Rogowsky est un homme de terrain capable de manier les concepts théoriques, et son analyse peut facilement être transposée au contexte québécois. Ici aussi, les titres de journaux sont truffés d'expressions comme « déficit zéro », « compression budgétaire », « rentabilité », « approche Toyota », « *Lean management* », « gestion efficace », etc. Notre environnement socio-économique n'est pas très différent de celui de la Grande-Bretagne, et les travailleurs sociaux seront aux premières loges pour voir l'effet des mesures d'austérité qui déferleront bientôt.

Cette lecture, accessible à tous, peut amorcer des discussions intéressantes sur l'avenir de notre profession et sur les moyens à mettre en œuvre pour l'assurer. Ainsi, la vision holiste de l'être humain et de son environnement social qui nous distingue des autres professionnels de l'intervention, autrement dit les valeurs qui ont fondé notre profession, pourrait rétablir l'équilibre, compromis par les forces du marché, entre les diktats de la rentabilité et la prise en compte de l'être humain.

■ Politique éditoriale

La revue *Intervention* est publiée deux fois par année par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). Elle est destinée tant aux intervenants, aux chercheurs, aux enseignants qu'aux étudiants en travail social et en thérapie conjugale et familiale. La revue est distribuée gratuitement aux membres de l'OTSTCFQ et il est possible de s'abonner ou d'en acquérir des exemplaires en faisant la demande par courriel à l'adresse lborne@otstcfq.org ou par téléphone : 514 731-3925; ligne sans frais 1 888 731-9420.

L'objectif de la revue *Intervention* est de contribuer à l'amélioration et au renouvellement de la pratique ainsi qu'à l'avancement des connaissances dans les différents champs d'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Les articles publiés touchent des questions de fond sur le plan professionnel et scientifique, traitent de manière documentée de questions d'actualité importantes, mettent en évidence et font l'analyse de nouveaux modes de pratique et d'expériences novatrices intéressantes pour le développement des pratiques professionnelles.

Chaque numéro de la revue regroupe des articles qui gravitent autour d'une thématique spécifique. La revue accepte également des articles hors thématique. De plus, chaque numéro comprend des pistes de lecture de livres publiés récemment dans le domaine des sciences sociales.

SOUSSION D'UN ARTICLE ET RÈGLES DE PUBLICATION :

- La revue *Intervention* accepte des articles inédits. Les auteurs qui soumettent un texte s'engagent à ne pas le présenter ailleurs avant d'avoir reçu la décision du comité éditorial
- Le texte doit être soumis électroniquement en format Word aux adresses suivantes : lborne@otstcfq.org ; sbguevremont@otstcfq.org
- En première page du document doit figurer le titre de l'article, un résumé de 10 à 15 lignes et inclure 4 à 6 mots-clés
- Les textes doivent être tapés à double interligne, 12 points, police Times et paginés
- Les textes doivent compter au maximum 35 000 caractères (20 pages) pour un article de fond ou au maximum 26 000 caractères (15 pages) pour un autre type d'article, en incluant les notes et la bibliographie. Les pistes de lecture comptent de 2 à 4 pages
- Les notes en bas de page figurent sur la même page et sont numérotées
- Les références des auteurs sont selon le style : auteur date
- Pour des fins d'anonymisation, veuillez ne pas inscrire le nom des auteurs dans votre texte. Lors de la réception de votre article, la revue vous fera parvenir une fiche auteur à remplir

TRAITEMENT DE L'ARTICLE ET MODALITÉS D'ÉVALUATION :

La revue *Intervention* achemine un accusé lors de la réception de l'article. Avant de soumettre le texte au comité éditorial, un premier examen du texte est fait selon les critères suivants : le texte est sous la forme d'un article et le contenu, la longueur, la présentation correspondent aux règles de publication. Après ce premier examen, l'auteur sera informé si le texte est soumis au comité éditorial ou si des modifications sont nécessaires avant une soumission ou encore si le texte est refusé.

Ensuite, tous les articles sont soumis de façon anonyme à trois lecteurs du comité éditorial pour une évaluation. Les articles soumis peuvent être acceptés tels quels, moyennant des modifications ou encore refusés. Le comité refusera un texte lorsque les modifications requises seront jugées trop considérables ou lorsque le texte ne sera pas conforme aux règles de publication.

L'évaluation des articles se fait à partir d'un certain nombre de critères:

CONTENU :

Originalité, rigueur théorique et méthodologique, respect de l'éthique, contribution aux domaines du service social québécois et de la thérapie familiale et conjugale.

FORME :

Clarté, cohérence, qualité de la langue écrite, style approprié au contenu de la revue et au sujet traité.

DROITS D'AUTEUR ET DROITS DE REPRODUCTION :

La revue ne demande pas aux auteurs de céder leurs droits. Elle autorise la reproduction d'un article publié dans *Intervention* à la condition qu'il soit fait mention de la référence complète. Aussi, la revue demande aux auteurs d'autoriser la publication des versions papier et électroniques de leur texte.

TIRÉS À PART :

Tous les auteurs recevront par courriel un tiré à part de leur article en format PDF.

Les auteurs non membres de l'Ordre recevront également, par la poste, un exemplaire papier du numéro de la revue auquel ils auront collaboré.

Si les auteurs membres de l'Ordre souhaitent obtenir une copie papier, ils peuvent en faire la demande en envoyant un courriel à l'adresse suivante : **lborne@otstcfq.org**

Pour consulter les prochains appels à contributions de la Revue, pour télécharger le guide de rédaction et pour obtenir davantage d'informations relatives à la soumission d'un article, aux règles de publication ainsi qu'aux modalités d'évaluation, nous vous invitons à consulter notre site internet, au www.otstcfq.org/revueintervention ou à contacter l'équipe de la revue :

Sarah Boucher Guèvremont, Rédactrice en chef

Téléphone : 514 731-3925, poste 251

Courriel : **sbquevremont@otstcfq.org**

Lucie Borne, Secrétaire à la rédaction

Téléphone : 514 731-3925, poste 295

Courriel : **lborne@otstcfq.org**

■ Editorial Policy

Intervention is a journal published twice a year by the Quebec Order of Social Workers and Couples and Family Therapists (OTSTCFQ). It is intended for practitioners, researchers, professors and students in the fields of social work and couples and family therapists. This publication is distributed free of charge to members of the OTSTCFQ. It is also possible to subscribe to it or obtain copies by addressing a request to **lborne@otstcfq.org**, calling 514 731-3925 or, toll-free, 1 888 731-9420.

The objective of *Intervention* is to contribute to the enhancement and renewal of professional practice as well as the advancement of knowledge in the various areas of professional practice of social workers and couples and family therapists. Articles appearing in this publication deal with substantive issues of a professional or scientific nature, provide a documented look at major current issues, showcase and analyze new modes of practice and innovative experiences of interest for the development of professional practice.

Each of the journal's editions presents articles centred on a specific theme. The journal also accepts off-theme articles. In addition, each issue includes a list of recently published books in the social sciences sector.

SUBMITTING AN ARTICLE AND PUBLICATION RULES:

- *Intervention* accepts original articles. Authors submitting an article agree to refrain from submitting it elsewhere until they have been notified of the Editorial Committee's decision.
- Texts must be submitted electronically in *Word* format to the following addresses: lborne@otstcfq.org ; sbguevremont@otstcfq.org
- The first page of the document must hold the title of the article, a 10 to 15-line summary, and 4 to 6 keywords.
- Texts must be typed double spaced in 12-point Times font and paginated.
- Texts must have a maximum of 35,000 characters (20 pages) for a substantive article or a maximum of 26,000 characters (15 pages) for another type of article, including notes and bibliography. The reading list is 2 to 4 pages.
- Footnotes must appear on the same page and be numbered.
- Authors' references are in the "author date" style.
- For purposes of anonymity, please refrain from using the name of the authors in your text. Upon receipt of your article, the publication will send you an author's form to be completed.

HANDLING OF THE ARTICLE AND EVALUATION PROCEDURE:

Intervention journal will acknowledge receipt of the article. Before submitting it to the Editorial Committee, it will first be reviewed to ensure that it complies with the following criteria: the text is in article form and its contents, length and presentation comply with publication rules. After this initial review, the author will be informed if his article is being submitted to the Editorial Committee or if modifications are required prior to submission, or if the text is rejected.

Articles are then submitted, anonymously, to three readers on the Editorial Committee for evaluation. Articles submitted can be accepted as is or with modifications, or can be rejected. The Committee will reject a text if too many modifications are required or if the text fails to comply with publication rules.

The evaluation of articles is based on a number of criteria:

CONTENTS:

Originality, theoretic and methodological stringency, ethical respect, contribution to the fields of social work and couples and family therapy in Québec.

FORM:

Clarity, coherence, quality of the written word, style suited to the contents of the publication, and the subject addressed.

COPYRIGHT AND REPRODUCTION RIGHTS:

Intervention does not ask authors to relinquish their rights. It authorizes the reproduction of an article published in *Intervention* provided it carries the full reference. The publication also asks authors to authorize the publication of their text in both hardcopy and electronic versions.

COPIES:

All authors will receive, by email, a copy of their article in PDF format.

Authors who are not members of the Order will also receive, by mail, a print copy of the issue of the publication to which they contributed.

If authors who are members of the Order wish to receive a print copy, they may also request this by sending an email to the following address: **lborne@otstcfq.org**

To view *Intervention's* upcoming calls for contributions, download the writing guide or obtain additional information on submitting an article, publication rules, and evaluation procedures, we invite you to visit our website at www.otstcfq.org/revueintervention or contact the publication's team:

Sarah Boucher Guèvremont, Editor in Chief

Telephone: 514 731-3925, ext. 251

Email: **sbguevremont@otstcfq.org**

Lucie Borne, Editorial Secretary

Telephone : 514 731-3925, ext. 295

Email: **lborne@otstcfq.org**

**APPEL À CONTRIBUTIONS
NO. 143 (HIVER 2016)
TRAVAIL SOCIAL ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ :
REGARD SUR LES ACTIONS ET STRATÉGIES EN VUE DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**

L'existence des inégalités sociales de santé est non seulement un phénomène qui, depuis longtemps, figure dans l'histoire des sociétés, mais également un phénomène bien documenté par la recherche en sciences humaines et sociales (Goldberg et al. 2002; Guinchard, Potvin, 2010). C'est à partir du début du 20^e siècle que les recherches en épidémiologie sociale vont tenter de quantifier le phénomène bien connu de la moins bonne santé et de la plus brève espérance de vie chez les pauvres que chez les riches par la démonstration que l'espérance de vie, le taux de mortalité et la présence de maladies chroniques varient en fonction des catégories socio-économiques. Plus précisément, les recherches constatent un gradient de santé, c'est-à-dire que les états de santé sont gradués selon les différentes strates sociales. Par ailleurs, depuis le début du 20^e siècle, les recherches n'ont pas seulement quantifié les écarts de santé entre groupes sociaux, mais ont également voulu les expliquer en démontrant que ces écarts sont fortement corrélés aux mauvaises conditions de vie, d'hygiène et de travail.

Ainsi, à partir du 20^e siècle, un changement de paradigme s'est opéré. Celui-ci repose désormais sur l'idée que le fort taux de mortalité et la faible espérance de vie ne sont pas le fruit de prédispositions génétiques ou des mauvaises habitudes de vie des pauvres aux comportements délétères, mais sont plutôt causés par des facteurs sociaux. Depuis ce changement de paradigme, les recherches dans ce domaine n'ont cessé de peaufiner analyses et modèles théoriques afin de démontrer l'influence des facteurs sociaux dans l'existence d'états de santé différenciés entre catégories socio-économiques. Parmi les facteurs sociaux, nous retrouvons : les politiques sociales, économiques et de santé, les conditions de logement, les conditions de travail, le chômage et la sécurité de l'emploi, le filet de sécurité sociale, l'éducation, la petite enfance, le revenu, l'exclusion sociale, mais aussi des facteurs tels que, les milieux sociaux et familiaux, les milieux de vie et les réseaux sociaux (Mikkonen, Raphaël, 2011).

Cependant, en dépit du développement des connaissances dans le domaine des inégalités sociales de santé, il apparaît encore aujourd'hui que, non seulement, les inégalités sociales de santé n'ont pas reculé, mais qu'elles persistent et s'aggravent (De Koninck, Fassin, 2004). Pourtant, les études axées sur les déterminants sociaux de la santé s'entendent pour dire qu'en matière de réduction des inégalités, il existe, si on peut le dire ainsi, des stratégies gagnantes. Ces stratégies sont des actions à visées globales situées hors du champ strictement dévolu à la santé (Organisation mondiale de la santé, 2008). Elles ciblent notamment l'action intersectorielle, les politiques sociales en matière de réduction de la pauvreté et de redistribution de la richesse, l'amélioration des conditions et des milieux de vie des groupes les plus défavorisés, l'accès à un logement décent et abordable, la lutte contre le décrochage scolaire, les services à la petite enfance, mais également le renforcement des liens sociaux, le développement des communautés, la capacité d'agir individuelle et la mobilisation citoyenne (Boisvert; 2013, De Koninck; 2008; Guinchard, Potvin; 2010; Paquette, Leclerc, Bourque, 2014).

En outre, les actions orientées vers la réduction des inégalités sociales de santé rejoignent le travail social à plusieurs niveaux. Premièrement, comme profession, le travail social s'est développé en grande partie en réaction aux inégalités sociales et à leur impact sur la vie, la santé et le quotidien des personnes tant au plan individuel que collectif (OTSTCFQ, 2013). Deuxièmement, témoin au quotidien des répercussions réelles qu'ont les conditions de vie des personnes sur leur qualité de vie, le travail social a développé toute une expertise pour intervenir à la jonction des personnes et de leur environnement en tenant compte de leur réalité subjective, de leurs conditions de vie, de leurs rôles sociaux et de leur réseau, dans une perspective de pouvoir d'agir, de pleine citoyenneté et de justice sociale (OTSTCFQ, 2013). Troisièmement, considérant l'expertise développée en travail social de même que l'état des connaissances concernant les déterminants sociaux de la santé, les grandes associations et regroupements en travail social font actuellement valoir publiquement la légitimité, voire la responsabilité des travailleurs sociaux de demeurer engagés dans la lutte contre les inégalités sociales à travers leur pratique professionnelle. Plus précisément, ils rappellent l'importance et le devoir de poser des actions à l'échelle macrosociale et microsociale dans le but de renforcer à la fois les communautés et les individus qui les composent (OTSTCFQ, 2013).

En regard de ce contexte, la revue *Intervention* lance un appel à contributions afin que chercheurs et professionnels en travail social issus de tous les milieux de pratiques fassent part de leurs réflexions, analyses et résultats de recherche et projets d'intervention quant aux actions à mener visant la réduction des inégalités sociales en matière de santé. En quoi certaines approches ou modèles d'intervention sont-ils plus spécifiquement orientés vers la réduction des inégalités sociales de santé? Quelles sont les retombées attendues et les résultats obtenus? Considérant également le contexte actuel de médicalisation et de psychologisation des problèmes sociaux, quels sont les obstacles ou enjeux rencontrés dans le développement de stratégies qui ciblent les déterminants sociaux?

Par ailleurs, tout en sachant que de nombreux modèles et approches d'intervention développés dans les milieux de pratique ne sont pas nommément sous l'égide de cette définition proposée des déterminants sociaux, la revue *Intervention* invite également chercheurs et professionnels à revisiter leurs données et analyses selon l'angle des déterminants sociaux de la santé afin d'apporter une contribution au développement de stratégies efficaces en matière de lutte contre les inégalités sociales.

Nous attendons avec intérêt votre contribution

Pour le comité éditorial de la revue *Intervention*,

Sarah Boucher-Guèvremont, T.S., M.Sc., rédactrice en chef

en collaboration avec :

Mari-Lyne Roc, T.S., M.Sc., chargée d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

Alain Hébert, T.S, M.Sc., chargée d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

DATE LIMITE DE RÉCEPTION SOUHAITÉE POUR SOUMETTRE UN ARTICLE : LE 22 JUIN 2015

Pour toute question relative à cet appel à contributions, vous êtes invités à consulter notre site internet au www.otstcfq.org/revueintervention ou communiquer avec :

Sarah Boucher-Guèvremont, T.S., M.Sc., rédactrice en chef

Téléphone : 514-731-3925, poste 251

Courriel : sbguevremont@otstcfq.org

Références

- Boisvert, R. (2013). « Réduction des inégalités sociales de santé : dispositions actanciennes et intelligence collective au service du développement des communautés », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.26, no.1, p.197-214.
- De Koninck, M. et D. Fassin (2004). « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », *santé, société et solidarité*, no.2, p.5-12.
- De Koninck, M. (2008). « Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé », p.57-84, dans Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. et P. Bernard (sous la dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. et F. Lert (2002). « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol.20, no.4, p.75-128.
- Guinchard, A. et L. Potvin (2010). « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? », p.35-51 dans Potvin, L., Moquet, M.J. et C.M. Jones (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé*, St-Denis : INPES, coll. Santé en action.
- Mikkonen, J. et D. Raphael (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Organisation mondiale de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé.
- OTSTCFQ (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*, Montréal : OTSTCFQ.
- Paquette, J., Leclerc, B-S. et S. Bourque (2014). *La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé*. Trousse pédagogique, Montréal : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU.

**CALL FOR CONTRIBUTIONS
NO. 143 (WINTER 2016)**

**SOCIAL WORK AND THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH:
A LOOK AT ACTIONS AND STRATEGIES TO REDUCE SOCIAL INEQUALITIES IN THE FIELD OF HEALTH**

The existence of social inequalities in the area of health is not only a phenomenon that has long been part of the history of societies, it is also a phenomenon that has been well documented in humanities and social science research (Goldberg, Melchior, Leclerc, Lert, 2002; Guinchard, Potvin, 2010). As far back as the start of the 20th century, social epidemiology research has sought to quantify the well-known phenomenon of reduced health and shorter lifespans among the poor, by demonstrating that life expectancy, the mortality rate and the presence of chronic diseases vary based on socio-economic categories. More specifically, research has shown a health gradient, i.e., that states of health differ based on social strata. Moreover, since the early 20th century, research has not only quantified discrepancies among social groups but also sought to explain them by demonstrating that these discrepancies correlate strongly with poor living, hygiene and working conditions.

Thus, starting in the 20th century, a paradigm shift has occurred. This now rests on the notion that high mortality rates and low life expectancies are not the product of genetic predisposition or the bad living habits of the poor's deleterious behaviours, but rather, that they result from social factors. Since this shift in paradigm, research in this field has continued to refine analyses and theoretic models in an effort to demonstrate the influence of social factors on the existence of different health conditions based on socio-economic categories. Among the social factors, we note: social, economic and health policies, housing conditions, working conditions, unemployment and job security, the social safety net, education, early childhood, income, and social exclusion, as well as factors such as social and family environments, living environments and social networks (Mikkonen, Raphaël, 2011).

However, still today, despite the development of knowledge in the field of social health inequality, it would appear that, not only has there been no decline in social inequality in the area of health, but that the situation has continued to worsen (De Koninck, Fassin, 2004). Yet studies on social determinants of health concur that, when it comes to reducing inequalities, there are, if it can be so stated, winning strategies. These strategies are actions whose overall focus falls outside the strict parameters of health (World Health Organization, 2008). Most notably, they target intersectorial actions, social policies designed to reduce poverty and redistribute wealth, improvement of the living conditions and environments of the most underprivileged groups, access to decent, affordable housing, the fight to keep students from dropping out of school, and early childhood services. They also seek to strengthen social ties, develop communities, and the ability to act individually as well as mobilize citizens (Boisvert; 2013, De Koninck; 2008; Guinchard, Potvin; 2010; Paquette, Leclerc, Bourque, 2014).

In addition, actions focused on the reduction of social inequalities in the area of health involve social work on a number of levels. First, as a profession, social work has developed in large part in response to social inequalities and their impact on the life, health and daily experience of persons, both individually and as a group (OTSTCFQ, 2013). Secondly, as a daily witness to the repercussions that living conditions have on the quality of life of persons, social work has developed extensive expertise in intervening with people and their environments, taking into account their subjective reality, living conditions, social roles and their network, in order to act in a perspective of full citizenship and social justice (OTSTCFQ, 2013). Thirdly, given the expertise developed in the field of social work as well as the state of knowledge on the social determinants of health, major social work organizations and groups are currently claiming that social workers have a legitimate responsibility to remain committed to the fight against social inequality through their professional practice. More specifically, they are recalling the importance and duty of taking macrosocial and microsocial actions to strengthen both the communities and the individuals that make them up (OTSTCFQ, 2013).

This is the context in which the *Intervention* journal is launching a call for contributions inviting researchers and social work professionals in every area of practice to share their reflections, analyses and research results as well as their intervention projects dealing with actions targeting the reduction of social inequality as it relates to health. How do some intervention approaches or models more specifically focus on the reduction of social inequality in the area of health? What are the expected outcomes and results obtained? Also, given the current medicalisation and psychologisation of social problems, what are the obstacles or issues encountered in the development of strategies targeting social determinants?

In addition, while knowing that many intervention models and approaches developed in practice environments are not specifically named under this definition, *Intervention* journal also invites researchers and professionals to revisit their data and analyses from the perspective of social determinants of health, in order to contribute to the development of effective strategies for fighting social inequalities.

For the *Intervention* journal Editorial Committee

Sarah Boucher-Guèvremont, S.W., M.Sc., Editor in Chief

in collaboration with:

Mari-Lyne Roc, S.W., M.Sc., responsible for professional affairs, OTSTCFQ

Alain Hébert, S.W., M.Sc., responsible for professional affairs, OTSTCFQ

DESIRED DEADLINE FOR SUBMITTING AN ARTICLE: JUNE 22, 2015

For any questions relating to this call for contributions, please contact:

Sarah Boucher-Guèvremont, S.W., M.Sc., Editor in Chief

Telephone: 514-731-3925, ext. 251

Email: sbguevremont@otstcfq.org

Bibliography

Boisvert, R. (2013). « Réduction des inégalités sociales de santé : dispositions actancielles et intelligence collective au service du développement des communautés », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.26, no.1, p.197-214.

De Koninck, M. and D. Fassin (2004). « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », *santé, société et solidarité*, no.2, p.5-12.

De Koninck, M. (2008). « Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé », p.57-84, dans Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. and P. Bernard (under the dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. and F. Lert (2002). « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol.20, no.4, p.75-128.

Guinchart, A. and L. Potvin (2010). « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? », p.35-51 in Potvin, L., Moquet, M.J. et C.M. Jones (under the dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé*, St-Denis : INPES, coll. Santé en action.

Mikkonen, J. and D. Raphael (2011). *Social Determinants of Health: the Canadian Facts*, Toronto: York University School of Health Policy and Management.

OTSTCFQ (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*, Montréal: OTSTCFQ.

Paquette, J., Leclerc, B-S. and S. Bourque (2014). *La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé. Trousse pédagogique*, Montréal : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU.

World Health Organization (2008). *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health*, final report of the Commission on Social Determinants of Health.

