

Cadre théorique

des initiatives de travail de milieu
auprès des aînés vulnérables

Martin Truchon

Ph. D. en service social et
chercheur indépendant

Le développement de cette publication a été financé par l'Association Québécoise des Centres Communautaires pour Aînés. L'AQCCA a collaboré avec le chercheur, mais lui a accordé toute latitude quant à la rédaction finale de ce document.



L'AQCCA a pu financer le développement de ce document, en exploitant une contribution financière plus globale visant la consolidation des initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables (ITMAV) ; contribution accordée par le Ministère de la Famille et des Aînés (programme Soutien aux initiatives visant le respect des aînés).



Dépôt légal - 2^e trimestre 2011

Les droits d'auteurs sont concédés à Monsieur Martin Truchon, sous réserve de droits d'utilisation à l'AQCCA et ses organismes membres.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
INTRODUCTION – PRÉSENTATION DU DOCUMENT	8
1 MISE EN CONTEXTE	11
1.1 Vieillir seul, négligé, en silence : un troisième âge sans rôle social explicite	11
1.2 La petite histoire du travail de milieu au Québec	12
1.3 État de la littérature sur le travail de milieu	15
2 FONDEMENTS THÉORIQUES ET CONCEPTUELS DU TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS	18
2.1 L'APPROCHE MILIEU (OU PROACTIVE)	19
2.1.1 La définition de l'approche milieu	20
2.1.2 Les fondements de l'approche milieu	21
2.1.3 Les avantages de l'approche milieu	22
2.1.4 Les obstacles et les défis de l'approche milieu	23
2.2 LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ ET SES VARIANTES	26
2.2.1 La définition du travail de proximité	26
2.2.2 Les fondements du travail de proximité	27
2.2.3 Les avantages du travail de proximité	27
2.2.4 Les limites du travail de proximité	28
2.2.5 Le travail de rue	29
2.2.5.1 La définition du travail de rue	30
2.2.5.2 Les défis de l'intervention en travail de rue	31
2.2.5.3 Les enjeux actuels du travail de rue	32
2.2.6 Le travail de milieu	33

2.3	LE MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR (DPA)	35
2.3.1	La définition du développement du pouvoir d'agir (DPA)	36
2.3.2	Les fondements théoriques du DPA	37
2.3.3	Les principes généraux d'action du DPA	38
2.3.4	Les cinq composantes essentielles au DPA	38
2.3.5	Les lignes de conduite d'une pratique axée sur le DPA	40
2.3.6	Le DPA comme processus de développement des capacités de choisir, de décider et d'agir en conséquence	41
2.3.7	Les conditions de réussite du DPA	42
2.4	DÉFINITION DE LA VULNÉRABILITÉ ET DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES AÎNÉS	43
2.4.1	Les multiples vieillissements : des itinéraires diversifiés	44
2.4.2	La « fragilité » chez les aînés : entre l'indépendance et le déclin	47
2.4.3	La « vulnérabilité » chez les aînés : une réalité aux multiples visages	50
3	LE TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS VULNÉRABLES : UN MODÈLE DE PRATIQUE	56
3.1	LE CONTEXTE D'INTERVENTION EN TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS VULNÉRABLES	56
3.1.1	Des situations d'intervention complexes et diversifiées	56
3.1.2	Des interventions modulées en fonction de l'évolution des situations observées	57
3.1.3	Quelques exemples de situations de vulnérabilité chez les aînés	59
3.2	LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES AÎNÉS VULNÉRABLES	63
3.2.1	L'usage du concept d'empowerment en gérontologie	64

3.2.2	Les modèles d'empowerment auprès des aînés	65
3.2.3	Le DPA des aînés vulnérables	67
3.3	LE MODÈLE DES ITMAV : UNE PRATIQUE SPÉCIFIQUE DÉDIÉE AUX AÎNÉS VULNÉRABLES	70
3.3.1	La définition du travail de milieu auprès des aînés vulnérables	71
3.3.2	Les objectifs du travail de milieu auprès des aînés vulnérables	74
3.3.3	La spécificité du travail de milieu	75
3.3.4	Le rôle de l'intervenant de milieu	77
3.3.4.1	Ce que fait l'intervenant de milieu	77
3.3.4.2	Ce que ne fait pas l'intervenant de milieu	79
3.3.5	Le processus d'intervention de milieu : un continuum d'actions	80
3.3.6	Les stratégies d'approche privilégiées	81
3.3.7	Le soutien et l'encadrement de l'intervention de milieu	82
3.3.8	L'approche concertée	83
3.4	LES PARTENAIRES : UNE CLÉ ESSENTIELLE À LA RÉUSSITE DU TRAVAIL DE MILIEU	85
3.4.1	Les enjeux du partenariat en travail de milieu	85
3.4.1.1	Une spécificité à reconnaître	85
3.4.1.2	Une place à prendre, une autonomie à préserver	86
3.4.1.3	Une instrumentalisation à éviter	87
3.4.2	Des collaborations diversifiées à des fins multiples	87
3.4.2.1	Les partenaires névralgiques ou critiques	88
3.4.2.2	Les partenaires périphériques récurrents	89
3.4.2.3	Les partenaires périphériques ponctuels	90
3.4.3	La nature des relations avec les partenaires	90
3.5	LA VALEUR AJOUTÉE DES ITMAV	92

CONCLUSION – CONDITIONS DE SUCCÈS ET RECOMMANDATIONS

95

ANNEXES

ANNEXE 1	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ : ACTION SÉRO ZÉRO	98
ANNEXE 2	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU INSTITUTIONNEL : LA CLINIQUE POUR JEUNES DE LA RUE (CLSC DES FAUBOURGS)	100
ANNEXE 3	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU INSTITUTIONNEL : L'ÉQUIPE ITINÉRANCE-OUTREACH (CLSC DES FAUBOURGS)	102
ANNEXE 4	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE : ARRIMAGE JEUNESSE (ROUYN-NORANDA)	104
ANNEXE 5	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE MILIEU : LE PROJET RÉPIT- URBAIN	106
ANNEXE 6	UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE MILIEU : L'INTERVENTION ALTERNATIVE AUPRÈS DES PERSONNES ITINÉRANTES (CENTRE ST-PIERRE)	108
	RÉFÉRENCES	110

PRÉFACE

Le présent cadre théorique a été développé par Martin Truchon, Ph.D. en service social et chercheur indépendant.

Son travail de développement du Cadre a été financé par l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA). Indirectement, le financement du développement du présent document a été rendu possible par le Secrétariat aux aînés du Gouvernement du Québec; cet organisme ayant consenti une contribution financière à un projet plus global de l'AQCCA visant la consolidation et la reconnaissance des ITMAV. Ce projet plus global s'inscrit dans la continuité d'efforts déployés par plusieurs organismes communautaires pour définir et expérimenter le travail de milieu auprès des aînés vulnérables. Les premières initiatives misant sur cette nouvelle approche d'intervention ont vu le jour au début des années 2000. Parmi les seuls membres de l'AQCCA, on comptait une vingtaine d'organismes mettant en œuvre des ITMAV, au début de 2010.

L'AQCCA a collaboré au développement du présent cadre en mettant à la disposition de l'auteur plusieurs documents antérieurs reflétant des témoignages et leçons apprises par un grand nombre d'acteurs déjà impliqués dans des ITMAV. Quelques membres de l'AQCCA ont également collaboré en soumettant des commentaires et observations sur les ébauches évolutives du présent cadre. Nonobstant le financement et les formes précitées de collaboration de l'AQCCA, l'auteur a eu entière discrétion quant à la pertinence de leur influence sur la rédaction du présent document.

L'AQCCA, autant que ses centres membres et les autres organismes porteurs d'initiatives de travail de milieu auprès d'aînés vulnérables (ITMAV), se réservent le droit d'y adhérer entièrement, sous réserve ou partiellement.

Bien que l'AQCCA admette que ce Cadre théorique puisse contribuer à la reconnaissance des ITMAV, le présent document doit conséquemment, et d'abord et avant tout, être reconnu comme l'œuvre de son auteur.

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

HISTORIQUE ET CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

Depuis le début des années 2000, un certain nombre d'organismes communautaires ont développé diverses initiatives et activités visant à soutenir et améliorer la qualité de vie d'aînés vulnérables et à risque d'exclusion. Plusieurs de ces organismes étaient des Centres communautaires pour aînés (CCA). Dans ce contexte, l'AQCCA a déployé un certain nombre d'activités et de services pour encourager le développement et le rayonnement des expertises pertinentes. En 2009-2010, l'AQCCA a obtenu un financement du programme SIRA (MFA-SA) pour soutenir la mise en œuvre d'un projet visant notamment à consolider ce genre d'initiatives. Dans le contexte du présent projet, l'AQCCA vise une consolidation autour du concept d'*Initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables* (ITMAV).

MANDAT DU CADRE THÉORIQUE

Le mandat à l'origine de ce document vise la production d'un cadre théorique des *initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables*. Essentiellement, le cadre théorique doit valider, bonifier ou relativiser la définition des caractéristiques distinctives des *initiatives de travail de milieu auprès des aînés*, caractéristiques qui ont été prédéfinies durant le développement du projet au début de 2009. Le cadre théorique doit aussi confirmer ou préciser et/ou moduler cet énoncé de caractéristiques distinctives et identitaires des ITMAV, à partir d'une lecture sélective de la littérature sur les différentes formes d'interventions de milieu (approche proactive, travail de proximité, travail de rue, travail de milieu, *reaching out*) auprès de divers groupes fragiles et vulnérables dans la société (jeunes de la rue, itinérants, prostitués, toxicomanes, etc.). Cette recension d'écrits vise à apporter un « éclairage » supplémentaire et contribuer de manière intéressante à la production du cadre théorique des ITMAV.

PARAMÈTRES DU CADRE THÉORIQUE

Conformément aux attentes de l'AQCCA, ce cadre théorique respecte certains paramètres établis au départ dans l'appel de propositions, soit :

- ❖ *Tenir compte de l'évolution pratique des diverses expertises développées par les organismes qui, au fil des années 2000, ont mis en œuvre différentes initiatives de travail de milieu auprès des aînés.*
- ❖ *Prendre en considération certaines études réalisées, qui étayent des impacts, notamment : l'évaluation de l'initiative de Projet Changement, le «Cadre*

d'émergence et de consolidation d'interventions de milieu en HLM et autres tours d'habitation pour aînés» développé pour le compte du CSSS-Jeanne Mance, etc.

- ❖ *S'inspirer d'une adaptation réaliste de balises théoriques et de données empiriques (impacts, retombées) pertinentes associées à d'autres approches de travail de milieu auprès d'autres groupes vulnérables (ex. : travail de rue auprès des jeunes itinérants).*
- ❖ *Mettre en valeur les grands impacts qualitatifs visés par une ITMAV, s'appuyant sur les résultats d'autres initiatives de travail de proximité ou de milieu auprès d'autres groupes vulnérables.*
- ❖ *Fournir une assise théorique, qui puisse servir de base au développement d'un «cadre pratique», qui précisera les pratiques d'intérêt et autres modalités concernant la gestion et l'opérationnalisation de telles initiatives.*
- ❖ *Tout en étant de portée théorique, avoir un potentiel de mobilisation des organismes pilotant des ITMAV, en suscitant une mobilisation autour d'une définition commune et d'une identité valorisante, ayant éventuellement le potentiel de consolider une quelconque structure unificatrice des ITMAV.*

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce cadre théorique est construit à partir d'une revue sélective de la littérature québécoise et étrangère sur les différentes formes de travail de proximité ou de milieu auprès des populations vulnérables, fragilisées, marginalisées, exclues ou à risque de l'être.

- ❖ *Bases de données consultées : Erudit et Repère (bases de données multidisciplinaires francophones); Current contains, Francis, PopLine, PsycInfo, Social Services Abstracts, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts (bases de données anglophones généralistes et spécialisées en service social, sociologie et psychologie).*
- ❖ *Mots-clés de recherche : Intervention/travail de proximité, intervention/travail de milieu, intervention/travail de rue, approche milieu (proactive), outreach, personnes âgées, isolement (social), vulnérabilité, fragilité, exclusion (sociale), itinérance, intervention/action communautaire, empowerment / Streetwork, Street Social Work, Outreach, Reaching Out, Proximity Social Work, Empowerment, Frail, Isolated, Elderly, Seniors, Older Adults.*

STRUCTURE DU DOCUMENT

Ce document est divisé en quatre parties :

- ❖ *La 1^e partie met en contexte le cadre théorique, en présentant un bref historique des approches de proximité et du travail de milieu et en dressant un bilan de la littérature actuelle.*
- ❖ *La 2^e partie présente les objectifs du cadre théorique et les sources d'inspiration théorique, conceptuelle et empirique du travail de milieu (l'approche milieu ou proactive, le travail de proximité et ses variantes : travail de rue et travail de milieu, le modèle de développement du pouvoir d'agir ou empowerment), accompagnées d'illustrations (en annexes) à partir d'expériences québécoises présentées en annexe. La 2^e partie définit aussi les concepts de vulnérabilité et de fragilité chez les aînés, mettant en lumière la grande diversité des itinéraires de vieillissement et l'hétérogénéité des parcours de vie et des situations vécues par les aînés.*
- ❖ *Sur la base des balises théoriques et des données empiriques tirées des différentes formes de travail de proximité auprès des populations vulnérables, la 3^e partie précise le contexte d'intervention du travail de milieu, puis propose une modulation du modèle de développement du pouvoir d'agir en fonction des réalités de l'intervention auprès des aînés vulnérables et fragiles. La 3^e partie précise ensuite la nature singulière des ITMAV ou du travail de milieu auprès des aînés vulnérables (éléments de définition, objectifs, besoins visés, rôle de l'intervenant) et propose quelques réflexions sur le partenariat avec les autres acteurs dans la communauté (son importance, les difficultés qu'il pose, les défis qu'il soulève, les risques qu'il représente, notamment le danger d'instrumentalisation du travail de milieu). La 3^e partie présente enfin quelques réflexions illustrant la valeur ajoutée du travail de proximité ou de milieu auprès des aînés vulnérables.*
- ❖ *La conclusion amorce un début de réflexion sur les conditions de succès du travail de milieu auprès des aînés vulnérables – ITMAV.*

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 – Vieillir seul, négligé, en silence : un troisième âge sans rôle social explicite

L'amélioration du statut économique de la population âgée en général ne s'est malheureusement pas accompagnée d'une progression comparable de leur statut dans la société. Cela est d'autant plus vrai en ce qui concerne les catégories de personnes âgées plus vulnérables à la pauvreté et à la précarité. Si le taux de pauvreté a diminué de façon significative durant les dernières décennies, des segments importants de la population âgée continuent à vivre dans des situations de précarité importante, parfois extrêmes. On pense, entre autres, aux personnes âgées isolées socialement, qui vivent seules ou qui n'ont pas ou peu de réseaux sociaux et qui sont plus susceptibles d'être victimes d'abus. On pense aussi aux 55-64 ans qui sont particulièrement affectés par la précarisation du marché du travail, à certains réfugiés ou immigrants âgés, aux personnes âgées itinérantes, etc. Selon une étude de la Direction de santé publique (2008), environ 20% des aînés québécois vivaient sous le seuil de faible revenu en 2005. À Montréal seulement, cette proportion s'élevait à 28%.

Outre la dimension économique, de grands pans de la population vieillissante demeurent encore et toujours dévalorisés et exclus socialement. Dans un ouvrage collectif publié par une équipe de chercheurs et de cliniciens-chercheurs, intervenants du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CSSS Cavendish – centre affilié universitaire (CAU) sur les aspects sociaux des vieillissements, 45 auteur-e-s aux trajectoires professionnelles et expériences variées en recherche et en intervention sociale, en milieu institutionnel ou communautaire, analysent à partir de leurs savoirs scientifiques et cliniques différentes facettes des exclusions sociales et des solidarités liées au vieillissement (Charpentier, Guberman, Billette, Lavoie, Grenier et Olazabal, 2010). En introduction, Billette et Lavoie (2010) proposent une définition de l'exclusion sociale basée sur une revue de la littérature et distinguent sept dimensions conceptuelles de l'exclusion sociale des aînés : symbolique, identitaire, sociopolitique, institutionnelle, économique, sociorelationnelle et territoriale.

Ces différentes formes d'exclusion sociale des aînés sont indissociables des multiples discriminations fondées sur l'âge – l'âgisme. Les principales manifestations de l'âgisme renvoient aux valeurs productivistes qui accordent peu de valeur à l'expérience des aînés tant dans la société en général que sur le marché du travail, et qui leur laisse relativement peu de place dans les lieux d'exercice d'une citoyenneté responsable. Ces préjugés et stéréotypes ont pour effet de créer un climat propice à des situations de maltraitance à l'égard des aînés, des situations qui demeurent encore trop méconnues et qui traduisent l'acuité de pratiques discriminatoires et abusives pratiquées par des proches ou des intervenants. Selon le Réseau québécois pour contrer l'abus envers les aînés (RQCAA), environ 250 000 aînés par année

connaîtraient au moins une situation de négligence ou de maltraitance, d'abus ou de violence, que ce soit dans un milieu de vie naturel ou substitut.

Le visage de plus en plus multiethnique de la société québécoise, en particulier de la grande région de Montréal, amène aussi des obstacles linguistiques et culturels à la dynamisation des milieux de vie des aînés, amplifiant la prévalence de l'isolement, et dans certains cas, la prévalence des abus (Cloutier, 2008). Il demeure toutefois difficile d'évaluer avec précision l'ampleur du phénomène car beaucoup de situations demeurent cachées. L'effet pervers de ces différentes manifestations d'âgisme s'exprime à travers des mécanismes d'auto-dévaluation de soi que les aînés développent eux-mêmes, en intégrant les images négatives véhiculées par la société à l'endroit du vieillissement et des aînés.

1.2 – La petite histoire du travail de milieu au Québec

Le travail de rue et l'intervention de milieu sont des approches qui ont gagné en popularité depuis les quinze ou vingt dernières années au Québec. Une première image qui nous vient à l'esprit est celle de l'organisme *Le Bon Dieu dans la rue* dirigé par le père Johns (aussi appelé Pops) et sa fameuse roulotte qui lui sert de bureau ambulancier et qui, bon an mal an, offre café, nourriture, réconfort et références à des milliers d'itinérants dans les rues de Montréal. Au fil des années, cette forme d'intervention aux marges de la société s'est diversifiée au point de couvrir un éventail de plus en plus large de lieux d'intervention et de groupes rejoints. Ces différentes formes de travail de proximité ont donné lieu au développement d'un nouveau champ de pratiques destiné en particulier, mais non exclusivement, aux populations dites « marginales », à risque d'exclusion et difficilement joignables par les approches plus traditionnelles, parce que n'étant en relation avec aucun établissement. On pense, entre autres, aux prostitués, aux itinérants, aux délinquants, aux membres de gangs de rue, aux toxicomanes, aux personnes suicidaires, et aux personnes âgées isolées (et souvent victimes de mauvais traitements ou abusées). Les personnes ayant un problème de santé mentale ou atteintes de déficience intellectuelle ont aussi fait l'objet de ce genre d'intervention.

Le 21 mars 1993 naissait officiellement l'Association des travailleurs et travailleuses de rue du Québec (ATTRueQ). Elle fut créée afin de permettre à ces travailleurs et travailleuses de définir eux-mêmes leur pratique, illustrant dès le début leur quête d'une identité professionnelle propre et un désir de reconnaissance, par les autres acteurs du milieu, du caractère singulier et original du travail de proximité. Cheval (2001) et Parazelli (2002) font partie des chercheurs qui ont contribué, à travers leurs travaux sur les parcours identitaires des jeunes de la rue et le rôle des travailleurs de rue dans la création de nouveaux liens sociaux, à donner leurs lettres de noblesse à ces nouvelles pratiques et à en faire reconnaître les mérites. Avant eux, Duval et Fontaine (2000) ont contribué à la reconnaissance de la spécificité et de la pertinence de cette nouvelle méthode d'intervention dans un numéro thématique de la revue *Nouvelles pratiques sociales*.

Dans ce même numéro, Ouellet, René, Durand, Dufour et Garon (2000) se sont intéressés au processus d'*empowerment* de personnes en situation d'extrême pauvreté. Traduit par Le Bossé

(2008, 2003) par l'expression le « développement du pouvoir d'agir » (DPA) des individus ou des collectivités, l'*empowerment* est un concept central des différentes formes de travail de proximité, puisqu'il vise une réappropriation du pouvoir des personnes sur elles-mêmes, sur leurs difficultés et sur leurs choix de vie, à travers une optimisation de leurs compétences à assumer leur quotidien. Des chercheurs ont par la suite continué à publier les résultats de leurs travaux sur ce type d'intervention, tels que Simard, Noël, Baron et Caron (2003) sur l'expérience de Arrimage Jeunesse à Rouyn-Noranda, et Perreault, Laurier, Mousseau, White et Ferrari (2008) à propos du projet *Répit-Urbain*. Ces études sont importantes parce que les premières interventions de milieu sont apparues dans la foulée du travail de rue auprès des jeunes dits « marginaux » et « délinquants » liés à des problématiques d'itinérance, de toxicomanie et de prostitution. Très vite, on s'est rendu compte du potentiel que recelait ce type d'intervention avec d'autres populations. Quelques-unes de ces expériences ont fait l'objet d'études publiées par des chercheurs, tels que Haig, Côté et Rousseau (2009) sur les pratiques de proximité d'Action Séro Zéro dans les milieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels ou encore celle de Fontan (2002) sur les interventions menées par le Centre St-Pierre auprès des itinérants. D'autres, tels Denoncourt, Désilets, Plante, Lapante et Choquet (2000) et Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz (2000), se sont intéressés aux activités réalisées par l'équipe itinérance-outreach du CLSC des Faubourgs. Suite à l'implantation de l'approche populationnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2004, les pratiques de *reaching out* ont été encouragées, favorisant le développement d'initiatives visant à rejoindre dans la communauté les citoyens qui ne fréquentent pas les établissements du réseau, emboîtant ainsi le pas au travail de milieu pratiqué par un grand nombre d'organismes communautaires. D'ailleurs, ce n'est pas un hasard si les organismes communautaires sont, aujourd'hui, reconnus comme des partenaires de l'État. Le Projet PIE, développé par une équipe de chercheurs et d'intervenants du CSSS Cavendish en matière de dépistage des aînés présentant des troubles de santé mentale, s'inscrit dans cette mouvance (Nour, Brown, Moscovitz, Hébert et Regenstreif, 2009).

Au Québec, le travail de milieu auprès des personnes âgées vulnérables s'est développé plus récemment, suite à la publication d'études et de recherches sur l'exclusion sociale chez les aînés, qui ont conduit à une prise de conscience de l'existence de personnes âgées isolées que l'on arrive très difficilement à rejoindre. Outre les CLSC, les organisations communautaires ont fait preuve de beaucoup d'imagination en mettant de l'avant de nombreux projets novateurs ayant au moins un point en commun (mais non le seul) : les intervenants sont appelés à aller directement dans la communauté; ils sont invités à se déplacer dans les milieux fréquentés ou habités par les personnes à qui sont destinées leurs interventions. C'est dans ce contexte que des associations et des organismes communautaires ont développé différentes initiatives et activités visant à améliorer la qualité de vie de personnes âgées isolées et vulnérables, à risque d'exclusion. Au début, ces initiatives s'inspirent de l'action des travailleurs de rue pour les jeunes, en valorisant l'intervention dans les rues, les parcs, les lieux publics et certains commerces. Les intervenants cherchent ainsi à entrer en contact puis à bâtir un lien de confiance avec des aînés isolés (Cloutier, 2008).

Très vite, on se rend compte de l'importance d'interpréter la notion d'isolement au-delà de sa simple portée objective (vivre seul) et de se concentrer davantage sur les divers facteurs de fragilité et de vulnérabilité des personnes âgées. À l'image de ce qui se fait déjà dans certaines initiatives en santé mentale, on commence à rejoindre des aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale (Cloutier, 2008). On commence aussi à s'intéresser à d'autres formes de fragilité, entre autres celles que provoquent certains événements adverses et stressants, plus ou moins ponctuels, dans la vie d'un aîné (deuils, autres pertes significatives, menaces d'éviction du domicile, etc.) (Cloutier, 2008). On vise également à soutenir des aînés qui ont des besoins auxquels peuvent répondre des ressources du milieu, mais qui ne connaissent pas ces ressources ou craignent d'y référer. On vise alors à les dépister, puis à les accompagner afin de favoriser leur connexion (ou reconnexion) aux ressources du milieu pouvant répondre à leurs besoins (Cloutier, 2008). Les intervenants ne se limitent plus aux rues et autres endroits publics et agissent dans différents environnements, notamment dans les HLM et les tours d'habitation où une majorité d'aînés sont résidents. Cette forme spécifique d'intervention est appelée « travail de corridors » ou « intervention de milieu en HLM et résidences » (Cloutier, 2008).

À partir de 2002, la réflexion commence à engendrer des actions plus concrètes. Quelques organismes communautaires, Projet Changement et Action Centre-Ville, ACHIM et le Centre Bonne entente (Québec) se lancent dans le développement d'initiatives novatrices pour rejoindre les aînés isolés. Cette nouvelle forme d'intervention est alors appelée « intervention de milieu » ou « intervention visant à rejoindre des aînés vulnérables et à risque d'exclusion » (IVAV) (Cloutier, 2008). Ces projets suscitent un engouement et les expériences du genre se multiplient (Cloutier, 2008). Ainsi émergent de nouvelles initiatives, comme celles de Gestion des Trois Pignons, du YMCA Guy Favreau, des Habitations Jeanne-Mance, du CATAL (Laval) et du Centre des aînés de Gatineau. En 2007, l'AQCCA a répertorié plus d'une douzaine d'organismes communautaires pour aînés menant des initiatives visant à rejoindre les aînés vulnérables et à risque d'exclusion. Si ces initiatives prennent différentes formes, plus de la moitié couvre des interventions en HLM ou dans des tours d'habitation. La grande majorité de ces initiatives valorise les interventions individuelles. Des interventions collectives sont aussi menées, mais elles sont adaptées et complémentaires aux interventions individuelles. Elles cherchent à mobiliser des aînés plus isolés que les activités communautaires régulières ne rejoignent pas (Cloutier, 2008). Certains projets ou initiatives privilégient davantage des formes d'intervention collective ou de groupe. Dans un rapport de recherche réalisé pour le compte du Secrétariat aux aînés, Guèye (2003) analyse la mise en place de comités de résidents dans les résidences privées avec services comme une stratégie visant à favoriser l'*empowerment* collectif des personnes aînées. À certaines occasions, le travail de milieu mène ainsi à des actions collectives visant à mobiliser des groupes d'aînés. Au cours des dix dernières années, le travail de milieu auprès des aînés s'est donc précisé, investissant des lieux plus variés d'intervention en ajoutant des milieux de vie (HLM, tours d'habitation, résidences, logements) aux lieux extérieurs (rues, parcs, lieux publics, commerces). À titre d'exemples, mentionnons le porte-à-porte de l'agent de liaison du projet *Contrer l'isolement des aînés* du Carrefour communautaire Montrose dans l'arrondissement de Rosemont à Montréal, les intervenants de milieu implantés dans les onze HLM pour aînés de Laval, les travailleurs de milieu de *Projet Changement* dans neuf HLM du Grand plateau Mont-Royal et dans certaines résidences intermédiaires pour aînés, etc.

Toutes ces expériences de travail de milieu, aussi intéressantes soient-elles, demeurent largement tributaires de leur « reconnaissance » par les bailleurs de fonds (publics ou privés) ainsi que les divers partenaires essentiels au développement de telles initiatives. D'où l'importance de consolider les caractéristiques communes ou les éléments constitutifs servant de points communs à ces expériences et de fournir une définition claire et précise de ce que l'on entend lorsqu'on parle d'initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables (ITMAV). S'appuyant ainsi sur les expertises développées par les organisations qui ont mis en œuvre ces expériences, ce cadre théorique doit aussi intégrer ces autres expériences ou initiatives d'intervention de milieu développées auprès d'autres groupes défavorisés et exclus de la société, afin de s'assurer une assise théorique plus solide et plus complète. Un travail de recherche s'impose également sur les dimensions plus épistémologiques, théoriques et conceptuelles de l'intervention de milieu, non seulement en tant qu'approche ou modèle d'intervention ou de pratique, mais aussi en tant que perspective d'analyse et de compréhension d'une problématique particulière touchant une partie de la population âgée.

1.3 – État de la littérature sur le travail de milieu

Jusqu'à aujourd'hui, la littérature scientifique (revues scientifiques, ouvrages de référence) de langue française, sur les initiatives de travail de milieu destinées spécifiquement aux personnes âgées, semble à première vue quasi inexistante ou plutôt rare. Il en est toutefois autrement du côté de la littérature anglo-saxonne, où l'on retrouve depuis plusieurs années déjà des publications intéressantes. On pense, par exemple, à un article publié par Toseland (1979) il y a déjà trente ans sur un programme d'intervention de milieu destiné à réduire l'isolement social et à mieux répondre aux besoins d'aînés isolés socialement et vivant dans la communauté. Quelques années plus tard, Minkler (1985) a publié une étude sur le *Tenderloin Senior Outreach Project*, un projet visant à renforcer le soutien social de personnes âgées à faible revenu, socialement isolées et en mauvaise santé, habitant dans la ville de San Francisco. Dans un chapitre d'un ouvrage sur la pratique *outreach* en psychiatrie, Sullivan (1990) a décrit les stratégies d'intervention utilisées par des équipes mobiles d'intervenants en santé mentale spécialement formés pour travailler auprès des personnes âgées socialement isolées, des personnes itinérantes et des jeunes adultes souffrant de troubles mentaux. Un an plus tard, Emler et Hall (1991) ont fait la démonstration que les sentinelles (*gatekeepers*) ou les sources de référence non traditionnelles dans la communauté représentaient une stratégie efficace pour rejoindre et répondre aux besoins des personnes âgées isolées aux prises avec des problèmes de santé mentale. Quelques années plus tard, Florio et al. (1996) ont démontré l'efficacité d'un autre programme *outreach* axé sur le modèle des sentinelles (*gatekeepers*) pour rejoindre les aînés à risque, c'est-à-dire isolés socialement, économiquement désavantagés et très souvent sans médecin de famille. Plus récemment, Cattani (2005) a publié une revue systématique de la littérature sur différentes interventions visant à prévenir l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Neuf ans plus tôt, un autre chercheur américain, Ellis (1996), avait publié un article intéressant sur des interventions communautaires destinées à venir en aide à des personnes âgées isolées. D'autres chercheurs américains se sont aussi intéressés à des groupes d'aînés particulièrement vulnérables, tel O'Connell (2004) qui s'est attaqué au problème des

itinérants âgés vivant dans les rues de Boston. La littérature anglo-saxonne a aussi produit un large éventail de publications sur le travail de rue (*streetwork*) auprès des populations vulnérables, notamment les jeunes en difficulté puisque ceux-ci ont été les premiers à être visés par cette forme d'intervention, qui s'est ensuite élargie à d'autres groupes marginalisés.

Contrairement au Québec, où cette pratique est relativement plus récente, les premières expériences de travail de rue observées en Grande-Bretagne et aux États-Unis remontent à plusieurs décennies. Dans un ouvrage publié il y a presque cinquante ans, Bernstein (1964) a tenté d'approfondir et d'étendre la compréhension du travail de rue réalisé auprès de groupes de jeunes marginalisés. Dans les premiers chapitres, l'auteur expose les dimensions épistémologiques, théoriques et conceptuelles de la pratique. Il discute ensuite des conditions particulières d'exercice, des stratégies déployées et des méthodes employées par les intervenants, des difficultés et des obstacles rencontrés au quotidien, des rapports parfois difficiles avec les autres acteurs, des cadres institutionnels et législatifs qui peuvent parfois constituer une barrière, à l'aide d'illustrations concrètes tirées d'expériences menées auprès de jeunes en difficulté. Au cours des cinquante années qui ont suivi, le travail de rue a continué à faire l'objet de nombreuses recherches publiées dans les revues de pratique professionnelle. Dans un article sur les jeunes de la rue et la montée de la criminalité au Royaume-Uni, Browne et Falshaw (1998) ont décrit quatre projets de travail de rue réalisés dans trois grandes villes de Grande-Bretagne (Birmingham, Manchester et Gwent) et discuté des limites de ces expériences. Avec l'apparition du SIDA dans les années 80, les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes de même sexe sont devenues un autre groupe ciblé par les travailleurs de rue et le travail de proximité. Quelques-uns des projets développés à l'intention de cette population ont fait l'objet de publications, tel le *Teen Peer Outreach-Street Work Project* à San Diego en Californie. Dans un article, Podschun (1993) discute de l'efficacité et du caractère novateur de ce projet basé sur le recours à de jeunes pairs aidants formés pour intervenir en collaboration avec des travailleurs de rue auprès des jeunes itinérants qui présentent des risques élevés d'infection du SIDA en raison de relations sexuelles non protégées et de la consommation de drogues par injection. Après une relative accalmie au début des années 90, la recrudescence observée du SIDA et des autres maladies transmises sexuellement à la fin de la décennie a entraîné un regain d'intérêt pour ce type d'interventions. Plusieurs chercheurs, tels Somlai, Kalichman et Bagnall (2001) et Huber et Klienplatz (2002), se sont intéressés aux stratégies préventives déployées par des travailleurs de milieu auprès d'hommes ayant des relations sexuelles à risque avec d'autres hommes dans des lieux publics (parcs, saunas, *nightclubs*).

Du côté de la littérature francophone, la dernière décennie a été marquée par un plus grand nombre de publications (articles scientifiques, mémoires de maîtrise, thèse de doctorat) sur le travail de milieu. Parmi les mémoires réalisés au Québec, notons celui de Cheval (1998) sur le travail de rue, celui de Allaoui (2001) sur l'évaluation du travail de rue dans un organisme communautaire (PACT de rue) et celui de Fontaine (2001) sur les pressions technocratiques exercées sur la pratique autonome du travail de rue dans le contexte de la planification intégrée des services sociaux et de santé. Le travail de proximité a fait l'objet d'importants travaux de recherche, tels ceux menés par Otis (1999) sur les interventions dans les parcs auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans le cadre d'un projet provincial de recherche-action subventionné par le Ministère de la Santé et des Services

sociaux. La recherche a aussi donné lieu à l'élaboration d'outils d'intervention. C'est le cas, par exemple, d'une trousse conçue à l'intention des travailleurs de rue sur les rapports avec les autres intervenants dans le cadre d'un projet de formation développé conjointement par le service aux collectivités de l'UQAM et l'ATTRueQ (Fontaine, 2003). Quelques articles publiés dans des revues de pratique professionnelle ont aussi apporté un éclairage nouveau sur le travail de proximité. C'est le cas, entre autres, d'un article de Fontaine (2009) sur l'analyse de la construction culturelle du travail de rue, dans lequel elle explore comment celle-ci apporte un éclairage démocratique sur le renouvellement des pratiques sociales. Dans un autre article plus récent, Fontaine (2010) explore les facettes du processus de négociation culturelle engagé dans la pratique du travail de rue. Dans cet article, l'auteure met en lumière le processus de négociation du mandat social du travail de rue, décrit les négociations culturelles engendrées par la démarche d'immersion des travailleurs de rue dans le monde de la rue et aborde les stratégies déployées par ces praticiens pour enraciner leurs interventions dans un univers co-construit avec les personnes accompagnées. Dans ce même article, elle montre comment le travail de rue donne lieu à diverses occasions de médiation entre les univers culturels marginaux et institutionnels et met en relief l'utilité de la grille culturelle comme outil d'analyse de ce type d'intervention. À partir de ces quelques exemples, il y a donc lieu de croire qu'une revue sommaire de la littérature sur les interventions de milieu auprès des personnes fragiles et vulnérables pourrait apporter un « éclairage » supplémentaire et contribuer de manière intéressante à la production du cadre théorique des ITMAV.

2. FONDEMENTS THÉORIQUES ET CONCEPTUELS DU TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS

À ceux qui se demandent pourquoi un cadre théorique ? Voici, en guise de réponse à cette légitime interrogation, les objectifs qui en ont guidé l'élaboration.

- ❖ *Favoriser l'émergence et la consolidation des initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables en leur donnant une assise conceptuelle.*
- ❖ *Cerner, à partir de références choisies en raison de leur pertinence, tant au plan théorique qu'empirique, un ensemble de connaissances permettant de mieux circonscrire en quoi consiste exactement le travail de milieu auprès des aînés vulnérables et la place qu'il occupe dans le vaste champ couvert par les approches dites de proximité.*
- ❖ *Confirmer ou bonifier la définition des ITMAV proposée sur la base des caractéristiques communes des diverses expériences développées par les centres communautaires pour aînés, qui jusque-là ont servi d'assise provisoire à la consolidation de ces initiatives.*
- ❖ *Produire un outil de travail qui vulgarise le mieux possible la nature et la portée de ce type d'intervention, de même que leur valeur ajoutée, dans un continuum d'activités et de services offerts par une diversité d'organismes privés, publics, parapublics et communautaires.*
- ❖ *Créer un instrument avec un fort potentiel de mobilisation de tous les porteurs de tels projets ainsi que de tous les partenaires pouvant contribuer aux conditions de succès et aux impacts de ce type particulier d'interventions.*
- ❖ *Encourager la reconnaissance et la valorisation des ITMAV par tous les organismes et acteurs de la communauté, et ainsi en optimiser la complémentarité avec l'ensemble des acteurs et partenaires communautaires, publics et privés qui s'inscrivent dans le continuum de ressources et services offerts aux aînés.*
- ❖ *Ancrer certains principes de base du travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité afin de canaliser des efforts ultérieurs de bonification*

de ce type d'initiative pour les partenaires et bailleurs de fond, sans lesquels rien de tout cela n'est possible.

Le travail de milieu renvoie à plusieurs concepts qu'il convient de définir, afin de faire les distinctions qui s'imposent. On a trop souvent tendance à confondre « approche milieu », « travail de proximité », « travail de milieu », « travail de rue », « *reaching out* » alors que ces termes renvoient tantôt à des approches d'intervention, tantôt à des modes de pratique qui, s'ils se rapprochent, ne peuvent être utilisés de manière interchangeable. Toutes ces notions constituent des sources d'inspiration conceptuelle et pratique permettant de fournir aux ITMAV l'assise conceptuelle permettant d'en consolider la définition.

Dans cette section, nous verrons en quoi consiste l'approche milieu ou proactive selon deux conceptions de cette approche, d'une part le point de vue des gestionnaires et des professionnels du réseau institutionnel et, d'autre part, celui des intervenants travaillant dans le milieu communautaire. Nous présenterons ensuite comment le travail de proximité et ses variantes (le travail de rue et l'intervention de milieu) sont définis dans la littérature. Nous terminerons cette section en abordant le concept d'*empowerment*, traduit par la notion de « pouvoir d'agir », et le modèle d'intervention en découlant, celui du développement du pouvoir d'agir des individus ou des collectivités, une approche au cœur du travail de proximité.

2.1 – L'APPROCHE MILIEU (OU PROACTIVE)

Une première distinction à faire consiste à différencier l'approche milieu (aussi appelée approche proactive) et le travail de milieu. Le travail de milieu est avant tout un mode d'intervention, une pratique réalisée auprès d'une population particulière, généralement les jeunes mais aussi auprès de divers groupes sociaux marginalisés (itinérants, membres des gangs de rue, etc.). L'approche milieu, pour sa part, ne se limite pas à une stratégie d'intervention; elle inclut aussi un mode de gestion des services sociaux et de santé (Viel, 2000 : 60). Une deuxième distinction à faire découle de deux conceptions différentes de l'approche milieu ou proactive, celle des gestionnaires et des professionnels du réseau institutionnel et celle des intervenants qui travaillent dans les organismes communautaires.

Du point de vue des gestionnaires du réseau public, l'approche milieu ou proactive est davantage associée à un nouveau mode de gestion des services sociaux et de santé. Cette approche est au cœur des réformes récemment apportées dans le réseau de la santé et des services sociaux, marquées entre autres, par l'adoption de l'approche populationnelle et la mise sur pied de réseaux intégrés de services. À la faveur de l'approche populationnelle imposée aux établissements du réseau public de services sociaux et de santé lors de la dernière réforme du système de santé, les gestionnaires des centres de santé et de services sociaux ont encouragé le développement de pratiques de *reaching out* pour répondre aux objectifs populationnels consistant à répondre aux besoins de l'ensemble de la population et pas seulement à ceux des usagers fréquentant leurs établissements. Une autre différence entre l'approche proactive et le travail de milieu réside dans le fait que le travail de milieu se rapporte aux milieux de vie d'un ou

de plusieurs individus, compris en tant que contexte géographique et culturel, telle une tour d'habitation, une résidence privée, un parc, une artère d'un quartier, etc. L'approche milieu, quant à elle, fait plutôt référence à un territoire géographique bien défini, tel un territoire d'intervention d'un centre de santé et de services sociaux (Viel, 2000 : 60).

Du point de vue communautaire, on parle davantage en termes de « virage milieu » ou « de proximité » visant l'amélioration de la qualité de vie des aînés, qu'en termes de mode de gestion. Depuis quelques années, cette nouvelle tendance, en matière d'approche et d'intervention dans les organismes communautaires desservant une clientèle aînée et vulnérable, consiste à intervenir directement dans le milieu de vie des aînés. Selon les responsables de l'un de ses organismes, Projet Changement (2007), cette approche « permet aux organismes communautaires agissant en première ligne de mieux s'insérer dans la dynamique sociale des communautés où vivent les aînés ». Malgré le fait que l'approche milieu soit relativement récente dans l'histoire des services communautaires destinés aux aînés québécois, diverses expériences pratiques sont déjà en cours. Celles-ci s'ajoutent aux pratiques en milieu de vie qui ont été mises en place depuis la fin des années soixante-dix par des organismes gouvernementaux et ce, afin d'adresser des questions touchant à la santé et aux besoins sociaux des populations âgées et vulnérables (travailleurs sociaux, infirmières de proximité, organisateurs communautaires).

Telle que définie par Projet Changement (2007), l'approche proactive développée dans les organismes communautaires consiste à « aller au-devant » des besoins des aînés vulnérables et aller à leur rencontre, là où ils se trouvent. Cette approche suppose l'embauche de ressources professionnelles afin d'identifier des milieux où l'on retrouve des aînés vulnérables et les facteurs de vulnérabilité, d'identifier les stratégies d'approche appropriées afin d'entrer en contact avec ces aînés, de développer des partenariats avec d'autres organisations afin de favoriser l'identification et la prise de contact avec des aînés vulnérables et de connaître les besoins des aînés vulnérables afin d'intervenir adéquatement auprès d'eux. Par son accès privilégié au milieu de vie de l'aîné vulnérable, le travailleur qui intervient dans une approche milieu ou proactive est amené à adopter une perspective de généraliste. Il peut alors intervenir sur les multiples facettes qui affectent la qualité de vie de l'aîné vulnérable (économie, santé mentale, santé physique, relations conjugales, relations familiales, etc.). Généralement, l'approche milieu et le travail de proximité sont utilisés dans la littérature afin de décrire à la fois le travail de rue et le travail en milieu de vie. Pour le présent rapport, il s'avère cependant utile de distinguer ces différentes formes de travail de proximité.

2.1.1 – La définition de l'approche milieu

S'inspirant du *patchwork* britannique développé au cours des années 80 par Roger Hadley, l'approche milieu se situe au carrefour de l'approche communautaire et de l'approche proactive (Viel, 2000 : 60). Elle est aussi présentée comme un troisième courant complétant les deux autres, soit l'organisation communautaire et l'approche communautaire (Guay, 1996 : 34). L'approche milieu cible en priorité la communauté, mais selon une perspective de services

individuels (*community-centered practice*). À la différence de l'organisation communautaire, l'approche proactive ou milieu n'a pas un objectif de développement communautaire, mais plutôt de connaissance des réseaux sociaux afin de pouvoir intervenir auprès des usagers avant qu'ils ne fassent une demande formelle d'aide, au moment où les difficultés n'en sont qu'au début et où les proches sont disponibles et capables de collaborer (Guay, 1996 : 34-35). On pourrait la définir comme « une intervention n'ayant pas nécessairement été sollicitée et qui survient avant que la situation ne se soit complètement détériorée et surtout avant que les proches n'aient complètement épuisé leurs ressources d'aide » (Guay, 1991).

2.1.2 – Les fondements de l'approche milieu

Appliquée au système de santé, cette approche se caractérise par « une logique d'organisation et un mode de gestion décentralisé des services sociaux locaux, un modèle d'intervention misant sur les forces de la communauté, un ancrage des professionnels de l'intervention dans la communauté et la concertation avec les différents acteurs de la communauté » (Viel, 2000 : 60). Du point de vue des gestionnaires du réseau public, l'approche milieu suppose un modèle d'intervention centré sur un ensemble de principes d'action visant un rapprochement avec les citoyens et une démocratisation des pratiques (Guay, 1996 : 33-40; Viel, 2000 : 62-68).

L'approche milieu présuppose, en principe du moins, une certaine décentralisation de la gestion des services de santé et des services sociaux (Viel, 2000 : 62-63; Guay, 1996 : 33). « La cible prioritaire des services est la communauté dans son ensemble, et pas seulement les usagers qui se présentent à l'accueil des établissements » (Viel, 2000 : 63-64). « La communauté devient le lieu de travail où l'intervenant se rend visible et accessible pour se faire connaître peu à peu des citoyens, qui en viendront à collaborer avec lui ». On s'attend de lui qu'il joue un rôle davantage proactif en prenant contact avec les personnes ayant besoin d'aide avant qu'il y ait une demande formelle de services (Guay, 1996 : 36).

La plus grande visibilité et accessibilité des intervenants est censée être au cœur des préoccupations dans la planification des services (Guay, 1991). Il est donc nécessaire de maintenir une présence très active dans le milieu de vie des usagers, en assurant une grande visibilité des praticiens (Guay, 1991). Le *reaching out* est valorisé et se traduit, entre autres, par des tournées quotidiennes permettant de prendre contact avec le milieu, d'être identifié par le milieu, comme facilement accessible en cas de nécessité (Guay, 1991).

Cette approche milite en faveur d'un élargissement de la notion de client et la révision du rôle de l'intervenant et de l'intervention (Viel, 2000 : 64-66). La cible principale de l'intervention n'est pas le client identifié, mais son réseau social (Guay, 1996 : 37-38). Il est donc nécessaire d'élargir la conception de l'aidant naturel et d'élargir celle-ci de manière à inclure une diversité d'acteurs présents dans la communauté. Les personnes faisant partie de l'entourage sont des acteurs susceptibles d'être appelés à devenir des partenaires des plans d'intervention.

Cette approche encourage « une plus grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens » (Guay, 1996 : 33). On suppose que l'établissement de relations de partenariat

entre des professionnels et des citoyens ou des aidants naturels va favoriser une plus grande proximité entre ceux qui donnent les services et ceux qui les reçoivent (Guay, 1991). On mise sur des contacts constants avec les personnes charnières (désignées par la littérature anglo-saxonne par le concept de *gatekeepers*) : propriétaires de petites épiceries, concierges, barmen, employés de buanderies, pharmaciens, coiffeurs, etc. (Guay, 1991). L'idée, très simple, à la base de ce genre d'intervention consiste à identifier dans la communauté des aidants naturels, c'est-à-dire des personnes ayant des aptitudes naturelles d'aide en psychologie ou en communication, désireuses de s'engager face aux personnes, capables d'assumer des responsabilités, qui ne se lassent jamais d'écouter les autres (Guay, 1991).

L'approche milieu repose ainsi sur « une stratégie d'intervention basée sur l'aide naturelle et la complémentarité des services » (Viel, 2000 : 66-67). Cette prise en charge des problèmes, de manière conjointe, et le partage des responsabilités qu'implique cette approche avec le réseau de soutien activé, se font selon trois modalités. Une première modalité consiste à apporter du soutien quand le réseau social est dépassé. Une deuxième modalité comprend l'adoption de stratégies visant à réactiver et à stabiliser le réseau de soutien social lorsque ses ressources d'entraide sont inactives, discontinues ou instables. La troisième modalité consiste à créer des liens lorsque ceux-ci sont inexistantes ou inappropriés. Elle est fondée sur le principe de l'entraide sous forme de groupe ou de jumelage (Guay, 1996 : 38-40).

Cette approche mise beaucoup sur les activités de prévention et dit reconnaître l'importance de l'imputabilité des gestionnaires et des intervenants envers la communauté (Viel, 1960 : 67). Ceux qui défendent cette approche tiennent un discours prônant une plus grande démocratisation des services (Viel, 2000 : 67-68). Cette démocratisation des pratiques doit être accompagnée par une transformation de celles-ci en faveur d'une plus grande polyvalence et flexibilité de l'intervention (Guay, 1996 : 40 ; Guay, 1991). Cette approche s'appuie sur le raisonnement suivant. « À mesure qu'ils deviennent plus visibles et accessibles, les gens s'adressent aux intervenants de façon informelle et pour des types de problèmes qui ne correspondent pas aux services spécialisés publics. La spécialisation est appelée à diminuer au profit d'une plus grande polyvalence. Les intervenants sont très fortement encouragés à développer des habiletés et des compétences en ce sens » (Guay, 1996 : 40).

2.1.3 – Les avantages de l'approche milieu

Du point de vue des gestionnaires publics, l'approche milieu présente certains avantages non négligeables, par rapport aux approches plus traditionnelles ou institutionnelles, surtout dans un contexte où l'on cherche à répondre à des besoins non exprimés de manière formelle par ceux et celles qui ne fréquentent pas les établissements ou les organismes du réseau.

❖ *L'approche milieu permet d'intervenir plus précocement et plus rapidement.*

En principe, cette approche devrait permettre un délai de réaction plus court, permettant de résoudre une situation de façon précoce, avant qu'elle se détériore ou que le réseau social du client soit submergé. « Il est plus facile d'apporter une solution appropriée à une situation qui

n'en est qu'à ses premières difficultés, alors que l'on peut encore compter sur les capacités des personnes en besoin et sur l'aide de leurs proches » (Guay, 1996 : 41-42).

❖ *Les populations ou les personnes à risque sont rejointes plus facilement.*

« Dans un contexte où l'on cherche à rationaliser les services offerts à la population, l'approche milieu a gagné en popularité auprès des gestionnaires du système puisqu'elle leur offre un moyen de limiter la croissance des demandes formelles de services. Elle permet de rejoindre les personnes avant qu'elles en soient rendues à faire une demande officielle de services. Par contre, elle offre aussi la possibilité d'entrer en contact avec les personnes qui auraient besoin de services mais qui ne le demandent pas. En leur offrant une réponse différente, voire une alternative à la voie habituelle du recours aux services formels, l'approche milieu contribuerait à freiner la croissance des coûts et des dépenses du système » (Guay, 1996 : 42).

❖ *La demande pour des services réactifs diminue.*

Cette approche conduit, au début, à « une hausse de demandes informelles dont certaines se traduisent par une hausse des demandes formelles ». « Si l'intervenant fait preuve d'une grande disponibilité, les citoyens en difficulté n'hésiteront pas à faire appel à ses services, ce qui entraînera à court terme une hausse considérable des demandes de services, leur nombre pouvant quintupler en quelques semaines. Cette hausse, qui se produit dans la première étape, est normalement suivie d'un plafonnement puis, enfin, d'une baisse après 18 à 24 mois de fonctionnement. L'objectif de réduction de la demande pour des services formels doit en être un à moyen et à long terme » (Guay, 1996 : 43).

❖ *Les professionnels des services sociaux et de santé et les gestionnaires du système sont rendus imputables face aux communautés locales.*

« L'approche milieu devrait, en principe, accroître l'imputabilité des professionnels à l'égard de la collectivité, parce qu'elle rend l'intervenant plus sensible aux besoins des personnes, à travers une meilleure connaissance de leurs réseaux sociaux et de leur dynamique, et parce qu'il prend conscience des ressources disponibles dans le milieu » (Guay, 1996 : 43).

2.1.4 – Les obstacles et les défis de l'approche milieu

« Inutile de se le cacher, malgré les nombreux avantages qu'elle présente, l'approche milieu est extrêmement difficile à implanter dans le réseau de la santé et des services sociaux » (Guay, 1996 : 43-44). Il n'est donc pas étonnant d'entendre un grand nombre de représentants et défenseurs du milieu communautaire prétendent que les organismes communautaires, en raison de leur mode de gestion et de la nature des projets et initiatives mis de l'avant, se prêtent davantage à ce type d'approche. « Dans le réseau public, les obstacles se situent à deux niveaux : les difficultés liées au contexte organisationnel et celles relevant de la pratique professionnelle » (Guay, 1996 : 43-44).

- ❖ *Il y a un très grand danger de récupération qui risque de faire plus de mal que de bien aux partenaires du milieu, en particulier ceux que l'on désigne comme proches aidants, que d'autres appellent les aidants (sur)naturels.*

Le principal danger d'une application sans discernement de cette approche réside dans l'exploitation des ressources d'aide naturelle. « Ce que l'on observe c'est que le véritable partage de responsabilités respectueux de tous et chacun est relativement rare; plus souvent qu'autrement on assiste à des tentatives de contrôle, de récupération. Le risque est grand d'épuiser ou de « brûler » les aidants naturels; de déverser le trop-plein des nombreux cas en associant en toute hâte les aidants dans une collaboration qui ne respecte pas leur réalité, qu'ils n'ont pas pris le temps de bien connaître » (Guay, 1996 : 44).

- ❖ *L'approche milieu vient bouleverser l'approche bureaucratique et compartimentée qui domine largement la gestion des services publics.*

« Il est clair que sans un changement de culture organisationnelle, le fonctionnement par programme selon un mode bureaucratique et centralisé peut nuire ou faire obstacle à une gestion de type participatif et collégial qui, pour bien réussir, doit se faire selon des modes de fonctionnement souples et flexibles, favorisant le climat d'entraide et de soutien, indispensable à l'approche milieu » (Guay, 1996 : 44-45). Ce mode de gestion participatif et collégial et les modes de fonctionnement plus souples et flexibles qui y sont associés sont plus fréquents au sein des organismes communautaires.

- ❖ *Cette approche suppose un apprentissage au partage des responsabilités.*

« Un changement de culture professionnelle s'impose. Le professionnel doit se départir de l'attitude de l'expert qui croit tout savoir et tout connaître, convaincu d'être le seul et unique détenteur ou dépositaire du savoir qui permettra de solutionner les problèmes de ceux qui l'interpellent. Il doit apprendre à partager les responsabilités avec d'autres (le client actuel ou potentiel et les aidants naturels), sans quoi il ne pourra répondre à l'afflux de nouvelles demandes et risquera de s'épuiser psychologiquement » (Guay, 1991).

- ❖ *Le professionnel doit aussi apprendre à gérer le partage des responsabilités entre les proches aidants.*

« Les proches aidants ne sont pas nécessairement efficaces en dehors de leur réseau social ou avec d'autres personnes qu'elles choisissent spontanément d'aider. Ils ont parfois de fortes personnalités et collaborent difficilement avec d'autres aidants naturels. Ils sont profondément convaincus qu'ils appliquent la bonne méthode et supportent difficilement la compétition. L'intervenant doit être en mesure de gérer habilement ces situations potentiellement conflictuelles » (Guay, 1991).

- ❖ *Il peut s'avérer difficile, au début, d'identifier ceux et celles qui ont besoin d'aide selon une méthode de référence à laquelle on est peu habitué.*

« Comme le processus de référence est basé sur le contact personnel et la confiance des citoyens qui demandent à l'intervenant de donner des services à un membre de leur entourage, cela suppose sa capacité à s'adapter à ce mode informel de référence » (Guay, 1991).

- ❖ *Un autre défi pour le professionnel est celui d'apprendre à être polyvalent et à faire preuve d'innovation quand des situations insolites se présentent.*

« Au fur et à mesure qu'il devient plus visible et accessible, les gens s'adressent à lui pour des problèmes qui ne correspondent pas aux services spécifiques offerts par le réseau public. Il doit apprendre à alléger et débureaucratiser ses modes de pratique, réduire le temps consacré aux interventions formelles et augmenter les interventions ponctuelles » (Guay, 1991).

- ❖ *Le professionnel doit apprendre à naviguer dans une zone grise, où la plus grande familiarité avec les gens fait en sorte que les frontières entre vie professionnelle et vie privée ne sont pas toujours claires et étanches.*

Dans l'exercice d'une approche proactive, l'intervenant est exposé à « une plus grande familiarité de la population à son égard, voire à un envahissement de sa vie privée, s'il ne fait pas attention. Il est constamment obligé de redéfinir la frontière à préserver entre vie professionnelle et vie privée au gré de l'évolution des situations et de rappeler cette frontière à ceux qui l'entourent, mais avec tact et diplomatie, de manière à ne pas heurter les susceptibilités et risquer de briser le climat de confiance » (Guay, 1991).

- ❖ *À travers ses interventions, le professionnel doit combattre le sentiment d'incompétence et d'impuissance des gens avec qui il tente d'établir un lien de confiance et de partager des responsabilités afin de mettre à contribution leurs habiletés et leurs compétences.*

« Il est difficile pour l'intervenant de se départir de l'étiquette du spécialiste ou de l'expert qui sait tout ou qui a réponse à tout, car la pression exercée par l'approche milieu vers la réciprocité et l'égalitarisme va à l'encontre de l'attitude de dépendance apprise des usagers, qui très souvent abandonnent volontiers la responsabilité de la résolution de leur problème, parce qu'ils se sentent incompétents face à l'expertise professionnelle. Le défi consiste à leur faire prendre conscience de leur potentiel (leurs habiletés et leurs compétences personnelles) et des ressources à leur disposition, de développer avec eux, en les accompagnant, leur pouvoir d'agir (*empowerment*), et de les convaincre qu'ils ont le pouvoir de changer les choses » (Guay, 1991).

- ❖ *Le professionnel doit accepter que les gens qui font l'objet de ses interventions puissent avoir des valeurs différentes des siennes.*

« L'implantation de l'approche milieu amène un véritable choc des valeurs chez les professionnels. On leur demande d'aller dans les communautés et de travailler avec des réseaux d'entraide qui présentent des caractéristiques radicalement différentes selon les communautés. Les aidants naturels transportent avec eux les valeurs issues de leur milieu d'appartenance et de leur expérience de vie. À force d'être en contact avec ces gens, les intervenants sont amenés à se questionner sur leurs propres valeurs » (Guay, 1996 : 45-46).

- ❖ *Sans nier l'éventail de possibilités qu'offre l'approche milieu pour le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention, le risque d'être récupéré par les pouvoirs publics a été soulevé à maintes reprises.*

« Dans le contexte actuel de pénurie des ressources et de gestion de la décroissance de l'État, il est plus pertinent que jamais de se poser la question à savoir s'il s'agit d'un véritable outil de rapprochement et de démocratisation ou simplement une voie de *dumping* des responsabilités de l'État vers la communauté » (Viel, 2000 : 61).

2.2 – LE TRAVAIL DE PROXIMITÉ ET SES VARIANTES :

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le travail de proximité n'est pas une pratique novatrice, du moins au sens temporel du terme, puisque ses origines remontent à plus d'un siècle. Un des exemples les plus connus est sans doute les *settlements* anglo-saxons du 19^e siècle (Thalineau, 2009 : 125). Au fil des années, cette pratique s'est développée et a pris de l'ampleur, notamment avec l'émergence, dans les années 50, du mouvement des éducateurs de rue et de l'*outreach* en Europe et aux Etats-Unis (Haig et coll., 2009 : 160). Dans cette section, nous verrons successivement en quoi consiste le travail de proximité et ses deux principales formes, le travail de rue et le travail de milieu, à partir d'initiatives qui ont fait l'objet de publications et d'études réalisées par des chercheurs s'intéressant à ce type de pratiques.

2.2.1 – La définition du travail de proximité

Le travail de proximité est davantage un mode d'intervention qu'une approche. On peut le considérer comme une forme de pratique favorisée par l'approche milieu. Dans un article sur les pratiques de proximité réalisées par les intervenants de l'organisme Action Séro Zéro dans les milieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels, Haig, Côté et Rousseau (2009) définissent le travail de proximité comme « le fait de travailler auprès des personnes dans leur milieu naturel... d'être disponible à sa population cible et de circuler dans le milieu » (Haig et coll., 2009 : 159). Une description des actions de proximité réalisées par Action Séro Zéro est fournie en annexe (voir annexe 1). Dans la pratique, ce mode d'intervention comprend trois variantes principales : le travail de rue, le travail de milieu et l'*outreach* (Haig et coll., 2009 :

160). Nous reparlerons du travail de rue et du travail de milieu un peu plus loin, mais commençons d'abord par expliquer en quoi consiste le travail de proximité.

2.2.2 – Les fondements du travail de proximité

L'exemple des interventions de proximité menées par Action Séro Zéro illustre cette volonté d'intensifier les actions de prévention auprès des groupes plus difficiles à rejoindre, une volonté au cœur des approches de proximité (Haig et coll., 2009 : 159). Dans un article sur la délicate question de la gestion de l'intimité dans les rapports qu'entretient l'intervenant qui pratique le travail de proximité avec les personnes ciblées par ses interventions, Thalineau (2009) souligne l'importance de la relation de confiance que réussit à établir l'intervenant avec la ou les personnes, ciblées par ses interventions, et qui alimentera par la suite leur interaction réciproque. « La confiance réciproque qui s'installe entre les deux protagonistes, gage d'un respect mutuel, est cruciale pour le succès de l'intervention dans le travail de proximité. Dès que la présence de l'autre apporte une sérénité, dès que s'installe le plaisir d'être ensemble, les confidences se font, la relation se charge d'émotions partagées, la boîte des secrets de l'intimité s'ouvre » (Thalineau, 2009 : 132). Une fois établie cette relation de confiance, commence à proprement parler le travail de l'intervenant. La confiance sur laquelle repose la relation d'aide n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'agir (Thalineau, 2009 : 133).

À travers ses interventions, l'intervenant qui pratique le travail de proximité mise sur le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes ou des communautés. Ce modèle, qui est au cœur de ce type d'initiatives, est une application du concept d'*empowerment* au domaine de l'intervention sociale. À noter que les sciences de la gestion et les sciences de l'éducation font aussi usage de ce concept. Nous reviendrons dans une prochaine section sur les fondements théoriques de cette approche et son application en intervention sociale à travers le modèle de développement du pouvoir d'agir. Pour l'instant, nous partageons le point de vue d'Haig, Côté et Rousseau (2009), selon lesquels toutes les variantes du travail de proximité partagent avec l'approche milieu une méthode de travail guidée par la notion d'*empowerment* (Haig et coll., 2009 : 160). Cette notion, traduite par Le Bossé (2008, 2003) par l'expression le « développement du pouvoir d'agir », est si centrale, non seulement dans les approches de proximité, mais aussi dans la littérature en gérontologie, et de façon plus particulière dans l'intervention visant à combattre l'exclusion de la vieillesse, qu'elle fera l'objet d'une section du document dans lequel est présenté un modèle théorique de la pratique ou des initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables (aussi désigné par l'acronyme ITMAV).

2.2.3 – Les avantages du travail de proximité

Les études de Thalineau (2009 : 134) et d'Haig, Côté et Rousseau (2009 : 159) mettent en lumière les avantages qu'offre le travail de proximité au plan de l'intervention et que les approches traditionnelles n'arrivent pas ou très peu à offrir :

- ❖ *Empêcher des situations de se dégrader.*
- ❖ *Contribuer à prévenir ou à éviter des situations de violence, de négligence ou de maltraitance.*
- ❖ *Offrir un soutien ou un accompagnement ouvrant de nouvelles possibilités pour s'en sortir.*
- ❖ *Créer des moments privilégiés pour échanger des informations cruciales sur la santé ou tout autre sujet pertinent.*

2.2.4 – Les limites du travail de proximité

Ces deux études soulignent aussi les limites d'une telle approche. En effet, si le travail de proximité, tel que pratiqué par Action Séro Zéro et plein d'autres organismes communautaires dans une diversité de domaines, offre plein de possibilités pour rejoindre les individus et les groupes qui ne fréquentent pas les établissements et les organismes, il soulève aussi d'importants dilemmes au plan éthique (Haig et coll., 2009 : 159).

De son côté, Thalineau (2009 : 127) s'inquiète du fait que le travail de proximité n'est pas exempt des dangers de l'individualisation des pratiques sociales et de la responsabilisation des individus de tous leurs malheurs ou réussites. Pour leur part, Haig, Côté et Rousseau (2009 : 159) soulèvent la question très sensible entourant les risques d'ingérence dans la vie privée qui, selon eux, « doit être considéré très sérieusement parce qu'elle est au cœur des interventions réalisées quotidiennement par les intervenants et qu'il n'y a pas de solution simple au dilemme auquel ces derniers sont constamment confrontés ».

Ce risque d'ingérence dans la vie privée est aussi souligné par Thalineau (2009), pour qui « le travail de proximité signifie pour tous les protagonistes de la relation l'accès à l'intimité de l'autre et la nécessité du dévoilement de soi, du partage des plaisirs, des souffrances, des inquiétudes et des espoirs » (Thalineau, 2009 : 128-130).

« Ce qui paraît simple dans la théorie se complique drôlement dans la pratique, parce que entrer dans la sphère privée de l'autre et prendre possession d'une partie de sa propriété privée ne va pas de soi. L'acceptation de l'autre n'est pas systématique. Plus la distance sociale objective et subjective est importante, plus il lui est rappelé qu'il ne fait pas partie de la famille » (Thalineau, 2009 : 130-131). « C'est loin d'être facile pour l'intervenant de trouver la bonne distance pour ne pas être repoussé et pour garder la confiance de l'autre afin de continuer à pouvoir l'aider » (Thalineau, 2009 : 132). « Un simple mot de trop ou un soupir à un moment inapproprié est suffisant pour briser une relation de confiance que l'on a mis des mois à bâtir. Aussi la confiance ne prend pas le même sens pour tous, surtout pour les personnes vulnérables, pour qui la confiance s'établit dans l'acceptation de la perte du monopole de soi pour accéder à plus de liberté. Dans ce type de pratique, on demande aussi à l'intervenant

d'exposer ou de confier une partie de son intimité, sans vraiment lui préciser par des balises claires quelle partie au juste il devra livrer de lui-même » (Thalineau, 2009 : 132). « Des conflits de loyauté peuvent surgir, envers son client, envers soi-même, envers son mandataire » (Thalineau, 2009 : 133). « On ne doit pas occulter ni les présupposés politiques et moraux qui accompagnent l'action avec l'intimité dans l'espace privé, ni les violences symboliques qu'il contient » (Thalineau, 2009 : 134).

Dans leur étude sur le travail de proximité au sein d'Action Séro Zéro, Haig, Côté et Rousseau (2009) abordent un autre piège à éviter à tout prix et qui risque de mettre en péril la valeur des différentes formes de travail de proximité : la menace du « *dumping* », c'est-à-dire l'attribution (forcée) de responsabilités à un acteur par un autre acteur qui, pour diverses raisons, ne veut plus assumer ces responsabilités, mais qui ne relèvent pas de la mission ou du mandat confié à celui qui se voit attribuer ces responsabilités. Le réseau de la santé et des services sociaux est plus souvent qu'à son tour pointé du doigt comme principal responsable de ces tentatives de « délestage ». Comme le rapportent Haig, Côté et Rousseau (2009), un grand nombre d'intervenants qui font du travail de proximité, de rue ou de milieu, s'inquiètent en effet du danger de récupération, craignant devenir ainsi des agents de l'État (Haig et coll., 2009 : 159).

2.2.5 – Le travail de rue :

Une des principales formes ou variantes du travail de proximité est le travail de rue. Si l'histoire du travail de rue et de l'intervention de milieu est relativement récente au Québec, les premières expériences de travail de rue observées en Grande-Bretagne et aux États-Unis remontent à la première moitié du vingtième siècle. Dans l'un de ses articles sur le travail de rue et une trousse de formation développée à l'intention des travailleurs de rue, soulignant la popularité grandissante du travail de rue au fil des années, Fontaine (2003a, 2003b) explique comment, depuis vingt ans, le travail de rue a évolué au gré des transformations sociales et des réorganisations des services sociaux et de santé. Selon Fontaine (2003a, 2003b), le soutien dont a bénéficié le travail de rue n'est pas étranger à la nécessité de trouver une réponse à des impératifs socioéconomiques et sociopolitiques, loin d'être étranger au traitement réservé à l'extrême précarité et aux comportements jugés « perturbateurs » ou dits « dérangeants » des jeunes de la rue et des personnes itinérantes en général.

C'est ainsi que l'on met en place, dans les quartiers défavorisés où l'on retrouve une importante concentration de jeunes de la rue ou d'itinérants, des équipes de professionnels de la santé et des services sociaux spécialisés dans ce type d'intervention. C'est le cas par exemple, dans le quartier centre-sud de Montréal, où le CLSC des Faubourgs du CSSS Jeanne-Mance a mis sur pied des équipes spécialisées en itinérance, l'une auprès des jeunes, l'autre auprès de la clientèle itinérante adulte souffrant de troubles mentaux graves. La clinique pour jeunes de la rue a fait l'objet d'un article publié par un psychologue de l'équipe (Doutrelepont, 2006). Une description de cette équipe est fournie en annexe (voir annexe 2). L'équipe *itinérance-outreach* a aussi fait l'objet de deux articles publiés dans un numéro thématique de la revue *Santé mentale au Québec* (Denoncourt, Désilets, Plante, Lapante et Choquet, 2000; Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz, 2000). Une description de ce projet de *reaching out* est présentée en

annexe (voir annexe 3). Outre les actions menées au sein du réseau public, bon nombre d'acteurs issus des milieux communautaires ont assumé un rôle de *leadership* dans le développement d'initiatives utilisant la pratique du travail de rue pour venir en aide à des personnes ou à des groupes vulnérables. C'est le cas, entre autres, d'Arrimage Jeunesse à Rouyn-Noranda dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (Simard, Noël, Baron et Caron, 2003). Une description de l'approche développée par cet organisme est présentée en annexe (voir annexe 4).

2.2.5.1 – La définition du travail de rue

Le problème que pose la définition du travail de rue, selon Fontaine (2007, 2003a, 2003b), vient de l'absence d'une identité professionnelle définie, d'une posture professionnelle commune. Ce sont les conditions d'exercice particulières de cette pratique et les questions qu'elle soulève quant à ses orientations idéologiques qui expliquent pourquoi il est si difficile de la circonscrire.

Une première difficulté soulignée par Fontaine (2003a, 2003b) vient du fait que le travail de rue renvoie à une pratique extra-muros aux marges des institutions; une pratique qui exige la définition d'un rôle singulier et complémentaire par rapport à tous les acteurs appelés à intervenir auprès des individus ou des groupes ciblés par le travail de rue. C'est cette singularité du travail de rue qui explique sa complexité; une complexité qui vient du fait que cette pratique exige la conjugaison de trois rôles complémentaires et compliqués. Le travailleur de rue a un triple rôle : celui de pont (relation de confiance, liaison, référence), de tampon (face aux institutions et autres acteurs) et de protection (contre les risques sociaux).

Une deuxième difficulté dans la définition du travail de rue, selon Fontaine (2007), vient du fait que cette forme de travail de proximité se pratique auprès d'individus appartenant à des groupes marginalisés, exclus, défavorisés, peu ou pas connus des établissements et des organismes du réseau public. Les caractéristiques particulières des personnes ou des groupes visés par le travail de rue n'aident pas à s'entendre sur une définition commune reconnue. Le travail de rue, précise Fontaine (2007), est une pratique qui se réinvente continuellement et c'est là une autre difficulté à le définir. Il n'y a pas une, mais plusieurs définitions du travail de rue, qui varient selon les milieux et les époques. Ce sont les structures culturelles, économiques, idéologiques, politiques et sociales d'une communauté qui déterminent les représentations sociales et définitions collectives de la pauvreté et de la marginalité et, par conséquent, le traitement réservé à ces groupes jugés marginaux. Ce sont ces multiples façons de penser et de voir les problèmes sociaux qui déterminent les différentes conceptions de l'intervention sociale et qui font en sorte que, certains acteurs privilégient certaines approches, certains modèles et certaines stratégies, alors que d'autres acteurs en privilégient d'autres.

Il n'est pas étonnant dans ces circonstances que le travail de rue soit traversé par des tensions idéologiques au sein même de la profession. Selon Fontaine (2007), les intervenants sociaux sont loin d'être imperméables aux débats idéologiques et de valeurs qui pimentent non seulement le développement de la profession, mais aussi la vie en société. Dépendamment des acteurs, de leur posture professionnelle et de leur positionnement idéologique, la pratique du

travail de rue est identifiée à différentes fonctions sociales et prend différents visages. Le travail de rue est vu comme une pratique qui se construit au carrefour de différentes formes d'interventions de proximité et de conceptions idéologiques, témoignant d'aspirations différentes, voire divergentes. Cette pluralité d'interprétations est une source de débat sur les facettes et les frontières de ce mode d'action.

Une dernière difficulté, et non la moindre, consiste aux divergences idéologiques qui divisent le travail de rue entre deux modèles de pratique oscillant entre deux pôles : un pôle normatif et un pôle autonome. Selon Fontaine (2007) et Duval et Fontaine (2000), les tensions idéologiques qui font obstacle aux efforts de recherche d'une définition et d'une identité professionnelle commune viennent de ces débats qui pimentent l'évolution de la pratique du travail de rue entre des orientations diversifiées et des idéologies variées. S'affrontent des points de vue qui oscillent entre un pôle normatif se traduisant par une logique de prise en charge, visant à corriger des dysfonctionnements selon des modèles sociaux normés jugés adéquats, et un pôle autonome s'inscrivant dans une logique émancipatoire misant sur des interactions démocratiques partagées et réciproques comprenant les aspirations des individus.

Il apparaît clairement qu'une intensification des efforts en matière de conceptualisation et de définition s'avère nécessaire pour circonscrire ce type de pratique. Nous croyons qu'une théorisation et une conceptualisation du travail de milieu auprès des aînés vulnérables pourront contribuer à cette recherche d'une définition commune des pratiques de proximité.

2.2.5.2 – Les défis de l'intervention en travail de rue

Dès le début de son histoire, le travail de rue a été confronté à d'importants défis, liés au caractère particulier de cette pratique et des conditions souvent difficiles dans lesquelles elle s'exerce, ainsi qu'aux réactions mitigées, voire hostiles, qu'elle suscite chez les collègues et les autres acteurs du réseau ou de la communauté.

Ces difficultés sont instructives et doivent être prises en considération dans la conceptualisation des ITMAV, à la condition que celles-ci fassent l'objet d'une modulation ou d'une articulation à certaines réalités particulières à l'intervention de milieu auprès des aînés vulnérables, sachant que les difficultés rencontrées par les aînés vulnérables ont peu en commun avec les problèmes vécus par les jeunes de la rue.

Un premier défi, souligné par Duval et Fontaine (2000), vient du fait que le travail de rue place l'intervenant dans une position délicate en lui imposant des conditions d'exercice particulières. Le travail de rue place l'intervenant dans une position difficile, exigeant de lui un travail délicat de médiation s'effectuant dans les marges, ce que les collègues et les autres acteurs avec lesquels il est appelé à collaborer ont parfois bien du mal à comprendre. « Le travailleur de rue, précise Fontaine (2003a, 2003b), est sans cesse confronté à des conditions d'exercice particulières : il se trouve dans une position d'entre deux. D'un côté, il cherche à être reconnu des institutions et à y créer des liens constructifs avec divers intervenants. De l'autre, il tient à

préservé son autonomie et une certaine marge de manœuvre vis-à-vis des institutions, caractéristiques de base d'une pratique autonome dans le milieu ».

Une autre difficulté importante vient du fait que la collaboration avec les autres acteurs du milieu se fait parfois dans des conditions difficiles. D'après les recherches menées par Duval et Fontaine (2000) sur les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants, le travail de rue suscite des réactions diversifiées, conditionnées par le degré d'acceptation allant d'un refus total à une acceptation inconditionnelle. On observe généralement quatre types de réactions face au travail de rue : un refus total, une relative tolérance, une acceptation mais à certaines conditions, une acceptation inconditionnelle. Ces réactions mitigées à l'égard du travail de rue originent d'au moins deux sources majeures de tensions : une méconnaissance de la finalité du travail de rue autonome et une incompréhension de la pratique liée à la difficulté à reconnaître la spécificité et la pertinence du travail de rue autonome.

Une des grandes difficultés du travail de rue, souligne Fontaine (2003a, 2003b), vient du fait « qu'il suppose une approche en conflit avec la logique normalisatrice de l'intervention, plus orientée vers l'adaptation sociale. Il heurte les acteurs avec un mandat de prise en charge thérapeutique ou de contrôle social. Il va à l'encontre des stratégies comportementales en fonction de normes établies. Il s'oppose aux conceptions normatives de l'intervention, entraînant des difficultés d'ajustement avec d'autres intervenants ». Toujours ou presque, selon Duval et Fontaine (2000), « les travailleurs de rue ont de la difficulté à être reconnus à leur juste valeur parce qu'ils ont une lecture différente des populations marginalisées et vulnérables, créant ainsi des tensions avec d'autres intervenants, notamment les acteurs institutionnels, se traduisant par des relations marquées par la méfiance et une mutuelle incompréhension ».

Avant de parler des enjeux que soulève ce problème de reconnaissance des travailleurs de rue par leurs collègues et partenaires, il faut préciser que ces difficultés semblent moins présentes lorsque l'intervention vise des aînés vulnérables. Ne serait-ce que parce que les autorités publiques ne considèrent pas les aînés vulnérables comme une menace à l'ordre public, contrairement aux jeunes de la rue et aux personnes itinérantes étiquetés comme ayant des comportements perturbateurs, dérangeants, nuisibles, et souvent harcelés par la police, via notamment une multiplication de l'émission de constats d'infraction.

2.2.5.3 – Les enjeux actuels du travail de rue

Ce problème de reconnaissance du travail de rue, que dénoncent un grand nombre de travailleurs de rue, met en lumière les grands enjeux auxquels la pratique est confrontée depuis toujours. Certains de ces enjeux concernent aussi le travail de milieu en général, que l'on verra dans la prochaine section, de même que le travail de milieu tel que pratiqué auprès des aînés vulnérables, qui fera l'objet de la troisième partie du document. Dans ses travaux, Fontaine (2007, 2003a, 2003b) identifie au moins quatre enjeux majeurs.

Un premier enjeu consiste « à prendre sa place dans l'organisation actuelle des services et pas n'importe laquelle. Le travail de rue, comme les autres formes de travail de proximité, doit faire son nid et prendre la place qui lui revient dans le continuum de services offerts aux populations

vulnérables. Des efforts doivent être fait pour produire chez les différents acteurs du réseau et de la communauté une représentation témoignant de la spécificité, du caractère singulier et complémentaire du travail dans le milieu » (Fontaine, 2007). « Derrière l'incompréhension mutuelle et l'apparence de conflits, on doit amener les autres acteurs à reconnaître que le travail dans le milieu est porteur d'un rôle complémentaire et non en concurrence au travail institutionnel » (Fontaine, 2003).

Un deuxième enjeu consiste « à mettre en lumière la valeur ajoutée de ce travail. Cette valeur ajoutée s'exprime à travers l'ouverture de voies d'intervention inédites dans les zones grises des rapports sociaux. Le travail de rue ouvre des passerelles aux exclus. L'intervenant qui fait du travail de rue se trouve en position de contribuer à restaurer les liens avec des personnes en rupture ou en voie de l'être » (Fontaine, 2003).

Un troisième enjeu consiste « à se donner un discours commun, à asseoir une identité professionnelle partagée, à édifier une posture commune, une représentation partagée » (Fontaine, 2007). Cette recherche d'une définition consensuelle implique d'aller au-delà des différences de points de vue quant aux conceptualisations de la mission première de cette forme de pratique et des logiques sous-jacentes en matière d'intervention.

Un quatrième enjeu consiste « à éviter le risque d'une instrumentalisation ou d'un prolongement hors murs des mandats institutionnels et à acquérir une plus grande autonomie et marge de manœuvre » (Fontaine, 2003). Il s'agit là, on l'a vu, d'une inquiétude très répandue chez les intervenants qui font du travail de proximité, hantée par la perspective d'être potentiellement victime d'une forme de « dumping » de certaines responsabilités que l'État ou les services sociaux institutionnels prétendent ne plus pouvoir assumer. D'où l'importance de bien situer et clarifier la valeur ajoutée de ce type de pratiques en complémentarité et non en substitution des services offerts par le réseau institutionnel.

Il apparaît évident que ces enjeux ne se limitent pas au travail de rue mais touchent aussi à l'ensemble des approches de travail de proximité effectué auprès des populations vulnérables. C'est là, sans aucun doute, la contribution la plus importante de la littérature sur le travail de rue à la réflexion sur l'intervention de milieu. La population ciblée et les besoins auxquels doit répondre l'intervenant sont certes différents, mais certaines questions soulevées à propos des difficultés et des défis que pose cette pratique (absence d'une identité commune, situation parfois délicate à gérer, respect de la vie privée et de l'intimité, reconnaissance mitigée des partenaires, collaboration avec les autres acteurs, maintien d'une autonomie face au danger de récupération et d'instrumentalisation) sont à prendre en considération dans la réflexion visant à consolider le travail de proximité auprès des aînés vulnérables.

2.2.6 – Le travail de milieu :

Au même titre que le travail de rue, le travail de milieu peut être considéré comme une autre forme ou variante du travail de proximité. Il constitue, aux yeux de plusieurs, le terrain privilégié de l'approche proactive centrée sur la communauté (Guay, 1996, 1991). Depuis au moins une

vingtaine d'années, se sont multipliées les initiatives des organismes communautaires conjuguant les principes de l'approche proactive et les interventions menées dans les milieux fréquentés ou occupés par les groupes vulnérables et marginalisés de la société. Compte tenu de la très grande diversité des organismes et des projets expérimentés, il est illusoire d'en faire une description détaillée en quelques pages. Un grand nombre de ces expériences n'ont pas été évaluées ou encore leurs résultats n'ont pas fait l'objet de publications scientifiques.

Il y a quand même quelques exceptions. C'est le cas, par exemple, du projet Répit-Urbain qui, dès sa première année d'existence, a fait l'objet d'une étude menée par une équipe de cinq chercheurs qui en ont évalué l'implantation (Perreault, Laurier, Mousseau, White et Ferrari, 2008). Il s'agit d'un projet qui offre des séjours structurés à la campagne à des jeunes de la rue, âgés de 18 à 30 ans et ayant des problèmes de consommation de drogues. Une description de l'intervention, des objectifs poursuivis et des résultats du projet, est fournie en annexe (voir annexe 5). Le Centre St-Pierre est un autre exemple d'un organisme qui a fait l'objet d'un article publié dans la revue *Santé mentale au Québec*. Cet article présente une intervention alternative développée par des intervenants du Centre St-Pierre auprès des personnes vivant une situation d'itinérance chronique. Il s'agit d'une intervention qui consiste à utiliser la méthode dite narrative et l'approche proactive complémentaire lors de cafés-rencontres organisés dans trois résidences d'accueil montréalaises pour personnes itinérantes.

La publication de cet article fait suite à une étude de l'intervention réalisée par un chercheur du département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal (Fontan, 2002). Une description de l'intervention, de ses retombées et des leçons tirées de celle-ci, est présentée en annexe (voir annexe 6). Ces quelques exemples illustrent quelques applications concrètes de l'approche proactive dans le contexte d'interventions diverses menées dans les divers milieux de vie occupés ou fréquentés par les populations dites marginales et autres groupes vulnérables de la communauté.

Une proposition de modélisation théorique du travail de milieu, modulée en fonction des réalités particulières de l'intervention auprès des aînés fragiles et vulnérables, fera l'objet de la troisième partie du document. Avant d'aller plus loin et de passer à la prochaine section, rappelons quand même au moins deux éléments distinctifs du travail de milieu, qui permettent de le différencier de l'approche milieu ou proactive, tel qu'on la conçoit couramment au sein du réseau institutionnel de la santé et des services sociaux.

- ❖ *Le travail de milieu est avant tout un mode d'intervention (une façon de faire) réalisé auprès d'une population définie comme étant vulnérable et/ou fragile, incluant divers groupes sociaux marginalisés (jeunes de la rue, prostitués, itinérants, gangs de rue, personnes âgées isolées, etc.), qui ne fréquentent pas ou très peu les services offerts par le réseau institutionnel ou par les organismes communautaires et qui, par conséquent, sont difficilement joignables par ces ressources, à moins de faire l'effort d'aller les rejoindre directement dans leurs milieux de vie.*

- ❖ *Le travail de milieu se rapporte donc aux différents milieux de vie d'un ou de plusieurs individus, compris en tant que contexte géographique et culturel (logement ou domicile, lieux publics, parc, rue et trottoir, arrêt d'autobus, etc.).*

On peut définir le travail de milieu simplement comme « un mode d'intervention réalisé dans les milieux de vie des populations visées » (Viel, 2000 : 61). Ce qui sous-entend que plusieurs approches d'intervention peuvent être utilisées, en autant qu'elles le soient dans les milieux de vie des personnes visées par l'intervention. Certaines de ces approches se prêtent mieux au travail de milieu, tel le modèle écologique (la personne en interaction avec son environnement) et le modèle du développement du pouvoir d'agir de la personne ou de la communauté (*empowerment*). C'est d'ailleurs la place importante occupée par le concept d'*empowerment* dans la littérature en gérontologie ainsi que l'utilisation de plus en plus courante du modèle de développement du pouvoir d'agir dans le travail de proximité qui justifie, selon nous, la pertinence de consacrer la prochaine section du document à cette approche. Nous croyons qu'en raison de la nature même du travail de milieu – qui consiste à intervenir auprès de personnes stigmatisées, marginalisées et vivant de multiples exclusions en les aidant et en les accompagnant dans leur démarche d'appropriation ou de réappropriation d'un pouvoir d'agir sur leur destinée – il est nécessaire d'inclure les fondements théoriques de cette approche dans un cadre théorique du travail de milieu (ce que nous ferons dans la prochaine section) et de moduler ensuite celle-ci en fonction des réalités propres au travail de milieu auprès des aînés vulnérables (ce qui sera fait dans la troisième partie du document).

2.3 – LE MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR (DPA) :

Le modèle de « développement du pouvoir d'agir » (DPA) des personnes ou des communautés occupe une place centrale dans la plupart des projets ou des initiatives de travail de proximité (travail de rue, intervention de milieu). On ne saurait pousser plus loin la réflexion sur le travail de milieu auprès des aînés vulnérables sans explorer les tenants et aboutissants de l'approche centrée sur l'*empowerment* et la place de celle-ci dans de telles initiatives. Dans cette section, nous verrons les différentes tentatives de définition du concept dans la littérature, ainsi que les fondements théoriques et les croyances sur lesquelles s'appuie ce modèle. Nous présenterons ensuite les principes d'action sur lesquels repose la mise en œuvre du modèle comme perspective d'intervention, les principales composantes du processus de mise en œuvre de celui-ci, et les lignes de conduite guidant la pratique axée sur le développement du pouvoir d'agir, considérée comme un processus visant à développer la capacité de faire des choix, de prendre des décisions et d'agir en conséquence. Nous terminerons cette section en abordant les conditions nécessaires à la réussite d'une telle approche, mais aussi les limites de celle-ci.

Les origines du concept d'*empowerment* remontent aux luttes populaires menées durant les années 70 pour améliorer les conditions de vie des populations démunies et marginalisées. Ce concept est donc né dans une philosophie contestataire des structures sociales en place. Depuis, le concept a proliféré et envahi de nombreux champs de la pratique sociale. Son usage

dans des disciplines aussi variées que les sciences humaines et sociales, de la santé, de l'éducation et de la gestion, s'accompagne d'une certaine confusion au plan de sa compréhension et de son utilisation. À des essais de traduction aussi nombreux qu'insatisfaisants, se sont ajoutés des tentatives de définition, qui en viennent même parfois à être totalement contradictoires (Charpentier et Soulières, 2007 : 34-35).

2.3.1 – La définition du développement du pouvoir d'agir (DPA)

De manière générale, on peut définir l'*empowerment* ou le « développement du pouvoir d'agir » comme « la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent » (Le Bossé, 2003). Davantage un processus qu'un état, l'*empowerment* est généralement décrit comme « une action visant à améliorer les conditions de vie des personnes en faisant appel au pouvoir d'influence que ces personnes elles-mêmes peuvent développer pour changer des situations sociales qu'elles jugent insatisfaisantes » (Parazelli, 2007 : 7-8).

Le développement du pouvoir d'agir renvoie au processus pour acquérir du pouvoir, à la capacité de l'exercer et au degré réel de contrôle exercé par les personnes. Il s'agit d'un processus visant à modifier les relations de pouvoir, entraînant un changement bidirectionnel de la part des personnes possédant peu ou pas de pouvoir et de celles qui détiennent le pouvoir et l'autorité dans différents systèmes et une rééquilibration des forces en jeu (Lemay, 2007 : 174). Le processus consiste à redonner à une personne ou à une communauté le sentiment de contrôler sa vie et la capacité de changer des choses dans le monde qui nous entoure. De nature écologique, ce modèle considère l'ensemble des facteurs influençant la prise de pouvoir des personnes sur leur vie (Lemay, 2007).

Qu'est-ce que le pouvoir d'agir ? Celui-ci renvoie à la capacité de créer une différence dans le cours des événements. Le pouvoir d'agir suppose une directivité, car il vise à changer des choses dans la vie des personnes, donc à exercer du pouvoir (Lemay, 2007). À la base, on cherche à passer d'une situation perçue comme insatisfaisante à une autre envisagée comme plus souhaitable, que l'on cherche à exercer plus de contrôle ou à devenir l'agent de sa destinée. Ce qui est visé, c'est de mettre un terme à une source d'insatisfaction assimilée à une impuissance réelle ou ressentie à réguler les événements de sa vie (Le Bossé, 2003).

Ce pouvoir d'agir demeure pourtant un concept très ambigu, paradoxal. D'un côté, le développement du pouvoir d'agir est devenu un modèle très populaire. De plus en plus de fonds publics sont alloués à de tels projets. Le pouvoir d'agir est élevé au rang de vertu incontournable. De l'autre, les connaissances sur le processus de développement du pouvoir d'agir demeurent embryonnaires. On ne sait pas au juste de quoi il s'agit. Ni trop comment l'évaluer. Il n'y a pas d'indicateurs précis (Le Bossé, 2003).

Le pouvoir d'agir demeure un concept très subjectif, qui laisse une grande place à l'interprétation. Cette notion est reprise par une pluralité d'acteurs (institutionnels, communautaires, associatifs, privés) aux intérêts souvent contradictoires, avec des visées

politiques très différentes, des finalités multiples (Parazelli, 2007). Cette multiplicité des points de vue explique pourquoi il est nécessaire d'adopter une traduction plus rigoureuse comme point d'ancrage à l'ensemble des pratiques visant le développement du pouvoir d'agir (Le Bossé, 2003). D'où la nécessité d'en clarifier les bases conceptuelles (Le Bossé, 2003).

La polysémie théorique du concept oblige à préciser la définition que l'on donne au développement du pouvoir d'agir en fonction des situations concrètes où l'on a recours à cette idée, à en problématiser l'utilisation et à en choisir l'acceptation la plus appropriée au contexte (Parazelli, 2007). D'où l'importance de porter un regard critique sur la place occupée par les personnes engagées dans un processus d'empowerment dans les dynamiques relationnelles de pouvoir et sur la nature des changements visés (Parazelli, 2007).

2.3.2 – Les fondements théoriques du DPA

Selon Lemay (2007), le modèle du développement du pouvoir d'agir s'appuie sur « un ensemble de croyances concernant la capacité que possède une personne ou une communauté, qu'elle en soit consciente ou non, d'agir sur son développement, ses conditions d'existence, et d'agir pour changer les choses qui ne lui conviennent pas ».

- ❖ *Une première croyance se base sur la présomption de compétence des personnes.*
- ❖ *Une deuxième croyance suppose l'importance de prendre en compte les dimensions individuelles et sociales des problèmes.*
- ❖ *Une troisième croyance admet que les facteurs d'inégalité sociale constituent des obstacles au développement des compétences.*
- ❖ *Une quatrième croyance reconnaît la capacité d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs capables d'évoluer et de transformer leur environnement social pour répondre à leurs besoins.*

Le modèle de développement du pouvoir d'agir marque un changement fondamental par rapport aux modèles caritatif, médical ou militant. En effet, il ne s'agit plus de soulager la souffrance comme dans les approches caritatives, ni de guérir la souffrance comme dans les approches professionnelles fondées sur le modèle médical traditionnel ou de dénoncer les causes de la souffrance comme les approches strictement militantes, mais plutôt de s'affranchir de cette souffrance (Le Bossé et coll., 2009).

Le modèle de développement du pouvoir d'agir prétend offrir cette possibilité de s'affranchir de cette souffrance, en offrant la possibilité concrète d'influencer ou de réguler les événements de la vie quotidienne qui ont une importance particulière pour nous, soit d'un point de vue individuel ou dans le cadre d'une démarche collective (Le Bossé et coll., 2009).

2.3.3 – Les principes généraux d'action du DPA

En matière d'intervention, le modèle de développement du pouvoir d'agir repose sur un ensemble de principes d'action servant de lignes directrices (*guidelines*) aux stratégies déployées par les travailleurs de proximité, de rue ou de milieu, dans l'exercice de leur pratique (Viel, 2000 : 70-73).

- ❖ *Un premier principe consiste à établir des relations de collaboration réciproques et égalitaires entre les intervenants et les personnes avec lesquelles ils travaillent.*
- ❖ *Un deuxième principe consiste à renforcer les capacités, les ressources et les forces ou potentialités des individus et des collectivités.*
- ❖ *Un troisième principe consiste à intervenir autant auprès de l'individu qu'auprès de son environnement immédiat.*
- ❖ *Un quatrième principe consiste à concevoir les individus et les collectivités comme étant des sujets actifs de leur développement et des revendicateurs de leurs droits.*
- ❖ *Un cinquième principe consiste à diriger l'intervention vers les personnes et les groupes marginalisés et sans pouvoir.*

Un principe directeur, fondamental, anime ce modèle d'intervention : celui de l'égalité entre tous les acteurs de la relation d'aide. Ce modèle repose sur un renversement des rapports traditionnels entre les experts et les usagers. De nature égalitariste, cette approche reconnaît les compétences des plus vulnérables et valorise la complémentarité des compétences professionnelles et expérientielles. Cette recherche d'une égalité dans les rapports entre les protagonistes de la relation d'aide renvoie à l'humanité commune des personnes, à leur degré égal d'investissement et à la prise de décision partagée (Lemay, 2007).

2.3.4 – Les cinq composantes essentielles au DPA

Le modèle de développement du pouvoir d'agir est un processus qui implique, chez l'intervenant, un déplacement de la posture professionnelle. Ce repositionnement de la posture professionnelle s'appuie sur les cinq composantes essentielles à la réussite d'un processus visant à développer, chez un individu ou un groupe, le pouvoir d'agir pour changer ou modifier une situation jugée insatisfaisante ou posant problème (Le Bossé et coll., 2009; Le Bossé, 2003).

- ❖ *Une première composante consiste à prendre en compte simultanément les conditions structurelles et individuelles du changement social désiré.*

- ❖ *Une deuxième composante consiste à adopter une unité d'analyse qui tient compte de la personne dans son environnement.*
- ❖ *Une troisième composante consiste à prendre en compte de manière systématique les contextes d'application du développement du pouvoir d'agir, tant dans la définition de ses objectifs que dans ses méthodes.*
- ❖ *Une quatrième composante consiste à définir le changement visé et ses modalités d'application avec les personnes concernées. Il est essentiel d'identifier la cible du changement désiré tel que défini par les personnes engagées dans un processus de développement du pouvoir d'agir, en vue de passer d'une situation insatisfaisante à une envisagée plus souhaitable.*
- ❖ *Une cinquième composante consiste à développer, avec les personnes concernées, une démarche d'action conscientisante.*

Ainsi ébranlé dans les fondements même de son identité professionnelle et dans les éléments qui fondent son sentiment de compétence, l'intervenant doit opérer un déplacement de posture professionnelle autour de quatre axes principaux (Le Bossé et coll., 2009 : 180).

- ❖ *Premier axe : l'adoption d'une unité d'analyse « acteur en contexte », c'est-à-dire « appréhender les situations concrètes en examinant simultanément leurs composantes individuelles et structurelles ». Cela revient à dire élargir son champ d'intervention pour « englober l'ensemble des déterminants individuels et situationnels qui font obstacle à la démarche d'affranchissement de la personne qu'il accompagne » (Le Bossé et coll., 2009 : 180).*
- ❖ *Deuxième axe : la prise en compte du point de vue des personnes concernées dans la définition du problème et des solutions envisageables. L'intervenant « ne peut accompagner efficacement une personne s'il ne prend pas systématiquement et explicitement en considération la manière dont celle-ci définit ce qui lui pose problème et le type de solutions qui lui paraissent acceptables ». Dans une telle perspective, « le diagnostic, tout comme le traitement, n'est plus l'apanage du professionnel, mais le produit d'une négociation » (Le Bossé et coll., 2009 : 180-181).*
- ❖ *Troisième axe : la conduite contextuelle des interventions. Il n'y a pas de remède ou de solution universelle, applicable à tous, dans toutes les situations. « Le développement du pouvoir d'agir d'une personne ou d'une collectivité ne peut être*

réalisé que dans un contexte singulier avec une personne ou un groupe particuliers » (Le Bossé et coll., 2009 : 181).

- ❖ *Quatrième axe : l'adoption d'une démarche d'action conscientisante, selon laquelle les problèmes sociaux sont engendrés par des causes structurelles et se manifestent par des difficultés individuelles ou collectives. Selon cette approche, il est toujours possible d'agir au-delà de la simple gestion des impacts individuels des phénomènes structurels. L'intervention implique des actions visant à éliminer les obstacles structurels auxquels la personne accompagnée est confrontée (Le Bossé et coll., 2009 : 181).*

Ce modèle implique non seulement un repositionnement quant à la posture professionnelle de l'intervenant mais aussi quant à l'analyse des problèmes sociaux et à la manière d'appréhender les cadres théoriques auxquels on se réfère (Le Bossé et coll., 2009). Au niveau de l'analyse du problème social, on doit avoir une vision globale de la situation qui prend en compte simultanément les composantes structurelles et personnelles qui contribuent au problème social visé (Le Bossé et coll., 2009; Parazelli, 2007). Il faut bien comprendre que l'exercice effectif du pouvoir d'agir dépend de plusieurs facteurs, notamment :

- ❖ *Des possibilités offertes par l'environnement (ressources, cadre législatif, contexte politique).*
- ❖ *De la capacité des individus à exercer ce pouvoir (compétences, désir d'agir, perception des possibilités d'action, capacité de projection).*
- ❖ *En quoi la théorie à laquelle on se réfère permet-elle de comprendre en quoi elle contribue au développement du pouvoir d'agir des personnes ou des collectivités et en quoi elle contribue à soutenir leur affranchissement.*

2.3.5 – Les lignes de conduite d'une pratique axée sur le DPA

Du début à la fin du processus visant à développer le pouvoir d'agir de la personne ou des personnes qui veulent un changement, l'intervenant doit s'en tenir, durant ses interventions, à certaines lignes de conduite, qui reflètent les valeurs profondes d'une pratique axée sur l'empowerment (Viel, 2000 : 73-74).

- ❖ *Il doit bâtir ses interventions en fonction des besoins démontrés et des préférences exprimées par les individus et s'assurer qu'elles sont adaptées à la réalité des personnes à qui ils s'adressent.*

- ❖ *Il doit accorder une priorité constante au développement de leaderships dans l'entourage des personnes en identifiant des personnes charnières qui, en raison de qualités personnelles et de positions stratégiques occupées, peuvent être mises à contribution comme aidants et partenaires.*
- ❖ *Il doit être patient puis respecter le rythme de toutes les personnes concernées par ses interventions.*
- ❖ *Il doit amener les individus à remettre en question le modèle oppressif « dominant-dominé » dans un objectif émancipatoire et d'affranchissement des positions inconfortables et des situations insatisfaisantes.*

2.3.6 – Le DPA comme processus de développement des capacités de choisir, de décider et d'agir en conséquence

On l'a vu, le développement du pouvoir d'agir est un processus à travers lequel l'intervenant encourage les personnes elles-mêmes à définir la situation souhaitée et à s'en considérer digne. Le rôle de l'intervenant consiste à les aider à envisager les étapes à franchir, pas à pas, dans un lien de réciprocité où il les guide en leur offrant une aide technique et émotionnelle. Il établit un rapport d'interdépendance où chacun apprend et évolue d'une manière mutuellement bénéfique (Lemay, 2007). C'est un processus, selon Viel (2000 : 74) à travers lequel l'intervenant cherche à développer trois grandes capacités chez l'individu :

- ❖ *Celle de faire des choix.*
- ❖ *Celle de décider en fonction de ces choix.*
- ❖ *Celle d'agir en conséquence de la décision prise.*

Toujours selon Viel (2000 : 74-76), il s'agit d'un « processus continu et évolutif, pendant lequel l'intervenant agit sur différents plans » : la participation de l'individu qui fait l'objet de ses interventions (de sorte qu'il redevient maître de sa destinée), la compétence technique de l'individu (sa capacité à faire des choix, à prendre des décisions et à agir en conséquence), le recouvrement de l'estime de soi de l'individu et la conscience critique (capacité à réfléchir sur ses actions, à se remettre en question, etc.).

Selon Lemay (2007), le développement de ces capacités passe par une série d'étapes permettant à l'individu de :

- ❖ *Développer une conscience individuelle (l'individu a un problème qu'il doit mettre en perspective au regard de sa réalité personnelle).*

- ❖ *Développer une conscience collective (l'individu n'est pas seul à vivre un problème).*
- ❖ *Développer une conscience sociale (les problèmes individuels et collectifs sont influencés par la manière dont est organisée la société).*
- ❖ *Développer une conscience politique (la solution de ces problèmes passe par une action de changement social).*
- ❖ *Prendre une décision concernant l'action à mener et développer les conditions requises (ressources et compétences) pour mener à bien le changement désiré.*
- ❖ *Mettre en œuvre les actions décidées en vue d'atteindre la transformation désirée (des personnes et des systèmes sociaux).*
- ❖ *Évaluer les résultats des actions menées (le changement désiré a-t-il été atteint ?).*
- ❖ *Développer une nouvelle conscience de soi (de l'individu ou du groupe).*

« Il ne s'agit pas d'un processus linéaire mais itératif, rétroactif, marqué par de constants va-et-vient d'une phase à l'autre, ce qui signifie que l'intervenant doit agir sur tous les plans simultanément et en interrelation les uns avec les autres » (Viel, 2000 : 76). La question est maintenant de savoir comment mener à bien ce processus. « Le développement du pouvoir d'agir suppose, comme on vient de le voir, un double mouvement de conscientisation et d'action, à travers lequel les personnes développent des conditions leur permettant d'agir par elles-mêmes et d'exercer un plus grand contrôle sur des dimensions qu'elles jugent importantes dans leur vie » (Lemay, 2007).

2.3.7 – Les conditions de réussite du DPA

Aussi louables que soient les objectifs poursuivis par le modèle de développement de l'*empowerment* ou du pouvoir d'agir, et même si ceux-ci sont élevés au rang de vertu par une très large majorité des intervenants, publics et communautaires, qui se réclament de l'approche proactive et valorisent le travail effectué directement dans les milieux de vie des gens, les auteurs qui se sont intéressés à cette notion ne manquent pas d'en questionner l'applicabilité et d'en soulever les limites ou les défis. Selon Le Bossé et ses collègues (2009), une approche d'intervention centrée sur le développement de l'*empowerment* est applicable à certaines conditions.

- ❖ *Il est nécessaire de clarifier les bases conceptuelles optimales d'une identité professionnelle compatible avec cette approche.*

- ❖ *Il faut préciser et accepter ce qu'est et ce que n'est pas le rôle de l'intervenant qui adopte un tel modèle. Ni policier ni sauveur, il s'agit plutôt d'un « passeur ».*
- ❖ *On doit adopter de nouveaux critères d'efficacité : un sentiment de compétence fondé sur la restauration du mouvement (la personne visée par le changement reprend effectivement un pouvoir sur sa vie et agit en vue du changement désiré).*
- ❖ *L'intervenant doit adopter une posture professionnelle non traditionnelle, qui va à l'encontre des approches qu'on lui a enseignées (qui ne sont pas mauvaises en soi mais ne conviennent tout simplement pas à une approche centrée sur l'empowerment).*

Nous devons toutefois garder à l'esprit que ce modèle n'est pas une panacée. On est loin de la solution qui convient à toutes les situations. Selon Lemay (2007 : 176), « il y a souvent une marge ou un écart entre le discours et l'action des intervenants. Comment, par exemple, s'actualise réellement le partage du pouvoir entre les protagonistes de la relation (les intervenants, les personnes visées par l'intervention, les aidants, les partenaires du milieu) ? ».

Selon Lemay (2007), « l'*advocacy* (ou défense des intérêts) produit parfois des changements améliorant la vie des personnes, mais contribue peu à modifier leur relation de pouvoir avec les institutions. Elle a parfois des effets contraires, quand l'intervenant agit sans le consentement ni la connaissance des personnes dont il défend les intérêts. Il n'est pas toujours facile de laisser les personnes prendre leurs propres décisions et vivre les conséquences de leurs choix » (Lemay, 2007 : 175). « En dépit de contraintes réelles à la participation des personnes, certaines réactions chez les intervenants (impression laissée qu'il sait mieux que la personne ce qui lui convient) nuisent au développement du pouvoir d'agir » (Lemay, 2007 : 175-176).

« Tout est une question de pouvoir : pouvoir s'exprimer, pouvoir agir, démocratiquement, également, et se sentir compétent pour le faire. Au-delà des beaux discours, force est de constater qu'au départ, la relation d'aide est marquée par des inégalités de pouvoir, et que c'est ce rapport de pouvoir que cherche à renverser l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir » (Lemay, 2007 : 176). « Les paradoxes rencontrés dans la promotion de l'autonomie décisionnelle des individus illustrent la nécessité de démocratiser les pratiques » (Lemay, 2007 : 177). « Si l'on veut mener à terme un processus de développement du pouvoir d'agir, on doit tenir compte des rapports de pouvoir entre les intervenants et les personnes avec qui ils travaillent, dès les premières étapes de l'intervention, et des effets de la prise de pouvoir de ces personnes sur les interventions » (Lemay, 2007 : 177).

2.4 – DÉFINITION DE LA VULNÉRABILITÉ ET DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES AÎNÉS :

Avant de présenter notre modèle théorique des ITMAV, il convient d'apporter quelques précisions sur les notions de « fragilité » et de « vulnérabilité » chez les aînés. Il est nécessaire de se pencher plus avant sur la situation de certaines catégories d'aînés dont les

caractéristiques particulières font qu'ils ont un besoin accru d'intervention à domicile et à proximité de leur milieu de vie. Il convient de souligner que la vulnérabilité revêt de multiples facettes ou visages, que vulnérabilité et fragilité ne signifient pas nécessairement perte d'autonomie ou déclin des capacités fonctionnelles et que les aînés connaissent des parcours de vieillissement très diversifiés et bien plus complexes qu'on voudrait le croire.

2.4.1 – Les multiples vieillissements : des itinéraires diversifiés

On parle souvent, à tort, des personnes âgées comme s'il s'agissait d'un groupe homogène. Pourtant, on retrouve dans ce groupe des individus qui peuvent avoir jusqu'à 35 ans, même 40 ans de différence, et des histoires de vie très dissemblables. Quand vient le moment d'étudier le vieillissement ou d'intervenir auprès de ces personnes, il est plus juste de parler de l'hétérogénéité du vieillissement ou non pas du vieillissement, mais « des vieillissements » (Bourbonnais et Ducharme, 2010). Parler des aînés comme un groupe homogène, c'est faire abstraction des différences qui peuvent exister, notamment dans la manière dont ils ont été marqués par divers apprentissages et diverses expériences personnelles (Grenier et Ferrer, 2010 : 38). C'est faire abstraction de la diversité des expériences et des situations sociales, telle la classe sociale, l'âge, le sexe et l'appartenance ethnique, qui structurent et influencent les expériences quotidiennes des aînés (Grenier et Ferrer, 2010 : 47).

Les frontières de l'âge se sont étirées au fil du temps pour inclure le travailleur âgé, le préretraité, le nouveau retraité, le vieillard septuagénaire et octogénaire, plus le grand vieillard. Et par grand vieillard, on distingue désormais non seulement les nonagénaires, mais aussi les centenaires et les super centenaires. On parle de troisième, quatrième et même cinquième âge. La population dite « âgée » forme une mosaïque complexe, une trame humaine immensément étoffée, diversifiée, riche et active. Les champs d'expériences des 55 ou 60 ans et plus sont parsemés d'itinéraires aussi différenciés que celui des jeunes adultes ou des adolescents. D'une génération à l'autre, les histoires de vie diffèrent considérablement. La situation du jeune retraité de 60 ans, par exemple, se démarque nettement de l'individu de 80 ans ou plus. Chacun appartient à une génération distincte, se distinguant au chapitre des habitudes de vie, de l'éducation reçue, de l'avoir accumulé, des cursus socioprofessionnels, des valeurs et du vécu familial. Leurs réseaux de relations sociales ou familiales diffèrent considérablement, n'ont pas les mêmes projets ou ambitions d'avenir. Les préférences en matière de loisirs diffèrent également. Au sein d'une même génération, les parcours de vie sont fortement diversifiés, pour ne pas dire inégalitaires, que ce soit au plan de la capacité financière, des conditions de santé, de l'accès aux services ou aux ressources, des champs d'intérêt, pour ne nommer que ceux-là.

Cette diversité biographique n'est pas figée, ni dans le temps ni dans l'espace. Il ne s'agit pas de trajectoires distinctives et linéaires. Le parcours de vie demeure d'une grande plasticité. Une personne peut à tout moment perdre son autonomie fonctionnelle, bouleversant radicalement le cours de son existence. Plus tard, elle peut recouvrer sa santé ou récupérer son autonomie, offrant ainsi de nouvelles possibilités. Ces transitions et points tournants ponctuant les itinéraires de vie ne sont pas les seules caractéristiques par lesquelles les aînés se différencient. Les aînés se distinguent de plus en plus par leur diversité pluriculturelle et pluriethnique. À cela

s'ajoutent les personnes âgées appartenant aux Premières Nations et métis, particulièrement vulnérables à une espérance de vie moins bonne, à plusieurs maladies physiques ou mentales et à des conditions de vie précaires.

Les parcours de vie empruntés par les aînés sont infiniment diversifiés. Dans notre société aux multiples possibilités, les modèles de personnes vieillissantes et les façons de vieillir foisonnent (Billette et Lavoie, 2010 : 3-4). Cette diversité des trajectoires ou des parcours relatifs à l'expérience du vieillissement est au cœur de l'ouvrage « Vieillir au pluriel », dans lequel de nombreux chercheurs en gérontologie sociale mettent en évidence la très grande hétérogénéité des populations vieillissantes. Dans l'un des chapitres, Grenier et Ferrer (2010) discutent des définitions controversées de l'âge et des différentes conceptions du vieillissement : l'âge chronologique, le 3^e âge, le 4^e âge, l'âge physiologique ou fonctionnel, l'étape de vie, la cohorte, la génération. Selon les auteures, toutes ces définitions n'ont pas réussi à intégrer adéquatement l'influence des diverses caractéristiques sociales sur la vieillesse, comme l'appartenance ethnique, le sexe, le statut socioéconomique et le handicap. Toutes ces composantes et bien d'autres rendent compte de la diversité des expériences de la vieillesse.

Grenier et Ferrer (2010) remettent en question la division que l'on fait couramment entre le troisième et le quatrième âge. Cette division établit une nette distinction entre les deux groupes au niveau de la santé et de l'autonomie et est marquée par des attentes et des présomptions dominantes. Si l'on encourage les gens du troisième âge (65-74 ans) à être actifs, en santé et productifs, à s'occuper attentivement de leur corps et de leur santé, on s'attend en revanche de la part des gens du quatrième âge (75 ans ou plus) à ce qu'ils voient leurs capacités diminuer sérieusement et qu'ils se préparent à mourir, qu'ils soient moins en santé ou malades, moins actifs et moins productifs (Grenier et Ferrer, 2010 : 48). Pourtant, les expériences des personnes du 3^e âge et du 4^e âge peuvent ne pas correspondre aux attentes. La santé d'une personne du troisième âge peut se dégrader rapidement et considérablement, alors que celle d'une personne du quatrième âge restera bonne jusqu'à un âge très avancé, et peut-être même jusqu'à la mort (Grenier et Ferrer, 2010 : 49). Comme nous le verrons plus loin, une foule d'expériences négatives peuvent causer la dégradation et le déclin à un âge précoce, telle la pauvreté tout au long du parcours de vie ou une trajectoire familiale marquée par des conflits et une histoire de violence conjugale.

Au plan des représentations, le vieillissement est couramment associé à la décrépitude, à la dégénérescence, à la décadence, à la déchéance et à la dégradation. Dans les faits, les données disponibles montrent que, dans la population actuelle, quelque 10 % des personnes de 65 ans et plus sont considérées comme fragilisées ou plus vulnérables (Des Rivières et Michaud, 2005, Plamondon et Nahmiash, 2005). De plus en plus, on préfère parler de changement plutôt que de déclin. Dans un chapitre où ils font le point sur les changements physiologiques qui accompagnent, ou qui résultent, de l'avancement en âge, Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska (2010), de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dénoncent cette association entre vieillissement et déclin. Selon ces chercheurs, il n'y a pas d'âge où le corps se met à vieillir globalement. Bien au contraire, le vieillissement est un processus complexe, de longue haleine, qui n'affecte pas le

fonctionnement de tous les organes de la même façon et au même moment (Joanette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 113-115).

S'il est vrai que plusieurs organes et systèmes déclinent avec l'âge (la vision, le sommeil, la masse musculaire et adipeuse, l'équilibre hormonal, l'intolérance au lactose, l'audition, la qualité de la dentition, la fragilisation de l'appareil squelettique, le contrôle moteur), il est possible de freiner ce déclin. Des stratégies adaptatrices, telle des activités de stimulation intellectuelle, des activités de socialisation, une saine nutrition et de l'exercice physique, permettent habituellement de continuer à fonctionner sans problème. Si des modifications des fonctions cognitives ont lieu, elles ne revêtent pas toutes un caractère linéaire et inéluctable. En fait, certains domaines semblent mieux résister au vieillissement. Plusieurs aspects du langage se maintiennent avec l'âge et il a été démontré que le vocabulaire ne cesse d'augmenter avec l'âge. On observe aussi des caractéristiques positives du vieillissement, telle la sagesse, la maturité émotionnelle, la capacité de développer des stratégies d'adaptation efficaces, etc. Certaines personnes gardent un niveau de fonctionnement efficace très longtemps, même à un âge très avancé, alors que d'autres présentent des modifications plus rapidement (Joanette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 119-120).

Ce qui caractérise le vieillissement, selon ces chercheurs, ce sont des changements qui sont en continuité avec ceux que l'on observe depuis la naissance. Ils prennent le sens de « déclin » dans la mesure où un point de référence est identifié et si ce point de référence est la première année de vie, alors tout ce qui suit sera déclin. C'est vers l'âge de 80 ans que l'interaction de ces changements peut conduire ces systèmes à se fragiliser globalement et mutuellement. C'est alors qu'apparaît la notion de fragilité (Joanette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 115-117). Il en va de même des états psychologiques des personnes vieillissantes, dont la complexité rend compte une fois de plus de la diversité des trajectoires de santé. Selon le psychiatre Jean-Claude Monfort (2001), la condition psychologique des personnes très âgées est très hétérogène. Il n'existe pas de spécificités psychologiques des personnes très âgées. Il y a par contre des événements de vie (maladie, décès, etc.) statistiquement plus fréquents chez les personnes très âgées. Sous la pression de ces événements de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sécurité intérieure de la personne très âgée est menacée.

Dans une vaste étude longitudinale réalisée auprès d'un échantillon composé de 340 octogénaires, Guilley, Armi et Ghisletta (2008) mettent en lumière la diversité des trajectoires de santé des gens du grand âge, relativisant ainsi l'association que l'on fait trop souvent entre le vieillissement et le déclin. Un des résultats des recherches épidémiologiques sur les gens du grand âge est de montrer que, même à des âges avancés, une part notable des personnes ne présente pas d'incapacité lourde. Est-ce à dire que les personnes âgées qui ne présentent pas d'incapacité lourde, qui sont à même d'assumer sans grande difficulté les diverses tâches de la vie quotidienne, ne ressentent pas, sous une forme ou une autre, le poids de l'âge ? (Guilley, Armi et Ghisletta, 2008 : 101-102).

Si les trajectoires de santé sont multiples, on peut se demander ce qui conduit les individus à emprunter telle trajectoire plutôt que telle autre (Guilley, Armi, Ghisletta et Lalive d'Épinay,

2008 : 125). Loin de suivre une pente de déclin inexorable, la santé de nombreux vieillards peut connaître des périodes de stabilité, voire des améliorations (Guilley, Armi, Ghisletta et Lalive d'Épinay, 2008 : 136-137). La population ayant dépassé 80 ans constitue un agrégat de personnes qui, à âge égal, présentent des statuts de santé radicalement différents. Si les chemins les plus souvent fréquentés suivent une pente descendante, il arrive pourtant à certains de remonter la pente et de connaître des rémissions durables (Guilley, Armi, Ghisletta et Lalive d'Épinay, 2008 : 142). Le prix à payer d'une longue vie n'est pas nécessairement de devoir la terminer en traversant une étape marquée par les incapacités et la dépendance.

Dans la même étude, Spini, Armi et Ghisletta (2008) soulignent l'existence d'une zone intermédiaire entre le déclin et l'indépendance. Après avoir suivi pendant cinq ans ces 340 octogénaires, les trois chercheurs ont constaté que la dépendance, bien loin de caractériser l'ensemble de ce qu'on appelle le 4^e âge, n'affecte qu'une minorité de vieillards, même au-delà de 90 ans, et que la non-dépendance ne correspond pas, dans un grand nombre de cas, à un statut d'indépendance semblable à celui qui est propre à la majorité de la population plus jeune. Il y a un entre-deux, qu'ils définissent à l'aide des concepts de fragilité comme état et de fragilisation comme processus, phénomène multidimensionnel impliquant les systèmes sensoriel, neuro-locomoteur, énergétique et cognitif, et influencé par les morbidités qui peuvent affecter les personnes. Il est clair, selon eux, que les octogénaires ne se caractérisent nullement par un dénominateur commun qui serait une santé largement détériorée, mais bien au contraire par la diversité de leurs états de santé (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 120-121).

Dans un chapitre sur les trajectoires de santé de ces octogénaires, Guilley, Armi, Ghisletta et Lalive d'Épinay (2008) mettent en évidence la diversité considérable de ces parcours. Certaines personnes, en vieillissant, connaissent un déclin physique mineur jusque tard dans leur existence, alors que d'autres présentent déjà en milieu de vie des atteintes prononcées. Selon ces chercheurs, les trajectoires de santé ne sont pas nécessairement linéaires et déclinantes. Au contraire, elles peuvent être ponctuées de périodes d'amélioration et elles sont réversibles jusqu'à un certain point (Guilley, Armi, Ghisletta et Lalive d'Épinay, 2008 : 123-124). La dépendance n'est pas nécessairement l'ultime étape des longues vies. En revanche, soulignent ces chercheurs, toutes les personnes du grand âge sont affectées par la fragilisation, un processus dynamique avec une tendance inexorable à l'alourdissement. Toutefois, le rythme de son développement varie fortement d'un individu à l'autre. Elle ne procède pas nécessairement de manière linéaire. Elle peut connaître des périodes de latence comme de brutales accélérations (Spini, Armi et Lalive d'Épinay, 2008 : 158).

2.4.2 – La « fragilité » chez les aînés : entre l'indépendance et le déclin

Cette idée d'un entre deux ou d'une zone intermédiaire entre l'indépendance et le déclin est clarifiée par Guilley, Armi et Ghisletta (2008) à l'aide des concepts de « fragilisation » et de « fragilité ». Selon eux, le concept de « fragilisation » serait un processus typique du grand âge qui menace l'indépendance des personnes vieillissantes. La notion de « fragilité » serait « un état intermédiaire entre l'indépendance et la dépendance, mais aussi une étape qui s'inscrit presque inévitablement dans le parcours de celles et ceux qui bénéficient d'une très longue vie,

même si ceux-ci ou celles-ci préservent leur indépendance d'action et leur autonomie de jugement » (Guilley, Armi et Ghisletta, 2008 : 102).

Cette distinction entre le déclin et le vieillissement s'appuie sur un courant de travaux de recherche qui, depuis les années 90, vise à cerner la fragilité comme une réalité en soi, associée à un stade du vieillissement, mais distincte de la dépendance définie comme la présence d'incapacités fonctionnelles décelées au moyen des activités de la vie quotidienne. Ces travaux se butent toutefois à la difficulté de définir l'état de fragilité du fait de sa variété de manifestations, de ses symptômes multiples et souvent différents d'un individu à l'autre. Il n'est pas évident de tracer une ligne claire entre ce qui relève de la fragilité et ce qui est attribuable à la dépendance ou au déclin (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 103-104).

Les chercheurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska (2010) expliquent ainsi le processus de fragilisation. « Au fur et à mesure qu'il vieillit, l'adulte voit sa capacité de ressources diminuer et les mécanismes en permettant une allocation efficiente sont également affectés. Il doit donc aborder la gestion de tâches multiples d'une façon différente. Il peut généralement effectuer les mêmes tâches cognitives de la vie quotidienne, mais en utilisant une stratégie différente. Il doit revoir ses approches, ses stratégies cognitives, changer son fonctionnement, s'adapter à de nouvelles façons de faire » (Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 122-123). Les chercheurs réfèrent aux données fournies par la neuroimagerie fonctionnelle contemporaine pour expliquer que l'avancement en âge relatif à la cognition ne se caractérise pas par la présence d'un déclin des fonctions, mais par l'apparition de nouvelles façons de réaliser les mêmes tâches. Le vieillissement cognitif réussi correspond à une forme de réorganisation fonctionnelle qui facilite la mise en œuvre de nouvelles stratégies devant permettre la réalisation d'une tâche donnée (Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 126). « Vieillir n'est donc pas toujours un déclin. C'est d'abord et avant tout un changement et une adaptation, comme la vie elle-même » (Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 128).

Contrairement au déclin qui désigne un affaiblissement irréversible des capacités cognitives et physiques, les chercheurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal définissent la « fragilité » comme « une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress, ce qui a pour conséquence une augmentation de la vulnérabilité et des risques d'effets néfastes, telle la progression de la maladie ou les chutes. L'état de fragilité interfère donc avec la capacité à compenser le changement d'un organe ou d'un système par un autre, ou encore par des habitudes de vie modifiées. De ce fait, la multiplicité et l'interrelation des changements déterminent alors une fragilité, sans qu'elle ne soit en soi un déclin ». Par conséquent, la notion de déclin associée au vieillissement du corps est une notion très relative (Joannette, Kahlaoui, Maheux et Ska, 2010 : 117).

Dans leur étude sur les octogénaires, Spini, Armi et Ghisletta (2008) associe la fragilité à « une forme de vulnérabilité aux défis de l'environnement, à une capacité réduite à mener les activités importantes de la vie quotidienne, à une perte de résilience qui altère la capacité de l'individu de préserver un équilibre donné avec son environnement – équilibre précaire

facilement rompu – mais aussi de rétablir cet équilibre quand il est affecté ». Selon une des définitions parmi les plus citées dans la littérature scientifique et la plus consensuelle à ce jour, proposée par John Campbell et David Buchner (2007), la fragilité est « un état ou syndrome qui résulte d'une réduction multisystémique des capacités de réserves au point que plusieurs systèmes physiologiques approchent ou dépassent un seuil d'insuffisance » (citée par Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 105).

Les modèles conceptuels de la fragilité suggèrent que celle-ci corresponde à un état dynamique et non à un phénomène tout ou rien. D'après Spini, Armi et Ghisletta (2008), la notion de « seuil d'insuffisance » est centrale pour définir la fragilité. Ceux-ci expliquent l'état de fragilité comme le résultat d'un « processus de pertes de réserves ». Ce processus, qu'il soit naturellement associé au vieillissement ou accéléré par le développement de maladies, par un style de vie non adéquat ou la survenue d'accidents de santé, peut parfois atteindre un niveau critique, appelé « seuil d'insuffisance », à partir duquel la fragilité apparaît. Selon les spécialistes du vieillissement, « les personnes avancées en âge puisent davantage dans leurs réserves physiologiques déjà naturellement réduites, de sorte que le rapport entre réserves disponibles et réserves allouées diminue fortement avec l'âge ». Ce processus de pertes de réserves ou « fragilisation » conduit à l'état de fragilité, une fois le seuil d'insuffisance atteint. Ce processus endogène, lent et insidieux, peut durer plusieurs années sans nécessairement se manifester sur le plan fonctionnel (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 106).

L'état de fragilité apparaît donc lorsque « le processus de fragilisation atteint un seuil d'insuffisance. Cet état de fragilité affecte la résilience d'une personne, c'est-à-dire sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d'évènements perturbateurs, et se caractérise, entre autres, par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé » (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 110). « Bien que l'intensité de celui-ci diffère selon les individus et qu'il puisse être ralenti ou même retardé, il ne peut être arrêté et semble inéluctable » (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 106-107).

Comme l'expliquent Spini, Armi et Ghisletta (2008), il existe une profusion de manières d'opérationnaliser la fragilité, qui vont bien au-delà des indicateurs de type médical et physiologique, ou des atteintes physiques. D'autres dimensions que la seule santé physique sont à prendre en considération, ainsi que les liens sous-jacents qui peuvent relier ces dimensions (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 107-108). Les chercheurs proposent une définition opérationnelle de la fragilité comportant cinq dimensions : la mobilité, les troubles physiques, les capacités sensorielles, cognitives et le potentiel énergétique. Le seuil d'atteinte d'une dimension correspond à la difficulté à accomplir au moins une tâche des activités mentionnées (mobilité et capacités sensorielles), à la fréquence de l'atteinte et à la présence d'au moins un trouble somatique marqué (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 110). « Ainsi définie, la fragilité apparaît lorsque les réserves physiologiques et sensorimotrices sont inférieures au seuil d'insuffisance. Ce manque de réserves peut être précipité par le développement de maladies ou d'évènements précipitants comme une chute, un style de vie ou un comportement alimentaire non adaptés, ou d'autres accidents de santé » (Spini, Armi et Ghisletta, 2008 : 109-110). « L'atteinte du seuil d'insuffisance peut être poussé par des attributs sociodémographiques

(âge, sexe, région, statut socioéconomique), diverses mesures de santé, des évènements de santé, de la vie relationnelle, des activités, et enfin par divers indicateurs se rapportant au bien-être » (Spini, Armi et Lalive d'Épinay, 2008 : 151). « En vieillissant, par exemple le statut socioéconomique continue à avoir un effet discriminatoire, qui privilégie les octogénaires des classes moyennes et supérieures, plus souvent indépendants que ceux des milieux populaires » (Spini, Armi et Lalive d'Épinay, 2008 : 153).

2.4.3 – La « vulnérabilité » chez les aînés : une réalité aux multiples visages

La « vulnérabilité » et la « fragilité » chez les personnes âgées sont des concepts complexes à définir étant donné leurs causes multiples et variées. Diverses variables sont reconnues dans la littérature comme ayant un impact sur la vulnérabilité et la fragilité des personnes âgées. Nommons, entre autres, le fait d'être veuf, de vivre seul, d'être âgé de 75 ans et plus, d'être limité dans ses activités en raison de problèmes de santé physique ou mentale ou encore d'avoir un faible niveau économique. Notons également que la perte d'autonomie et l'isolement social sont des causes majeures de vulnérabilité et de fragilité (Barrett et Lynch, 1999). Il est donc pertinent de se pencher plus avant sur ces deux variables pouvant augmenter la vulnérabilité des aînés et d'apporter quelques précisions sur les distinctions à faire entre ces deux notions complémentaires que sont la vulnérabilité et la fragilité.

Dans un chapitre sur le sens de la fragilité dans l'accompagnement de la personne âgée, Personne et Vercauteren (2009) contribuent à établir une distinction entre la notion de « fragilité » et le concept de « vulnérabilité ». Selon les auteurs, la vulnérabilité est plus en rapport avec une agression de l'environnement sur la personne. Si on se réfère à son origine latine (*vulnus-eris*), il s'agit d'un « coup porté à la personne » qui se trouve ainsi blessée. On est donc en présence d'une personne qui est agressée par un phénomène externe à elle-même (Personne et Vercauteren, 2009 : 30). La fragilité, quant à elle, est associée à un état de la personne qui serait, pour de multiples raisons, diminuée et avec une moindre capacité à répondre à une agression aussi bien interne qu'externe. La fragilité peut être définie comme « un état qui caractérise un individu à partir de son incapacité (ou de sa moindre capacité) à répondre normalement à des stimuli, tant internes qu'externes ». On pourrait aller jusqu'à dire qu'une personne est vulnérable parce que fragile (Personne et Vercauteren, 2009 : 30-31).

Si on parle d'une « personne fragile », on est en mesure d'identifier sans grande difficulté ce qui la rend fragile, tant sur le plan physiologique que biologique ou social. Inversement, si l'on parle d'une « personne vulnérable », c'est-à-dire devenue ou rendue fragile, on ne peut se limiter aux sciences médicales ou de la santé et il faut tenir compte des multiples facteurs l'ayant mise dans cette situation. On doit alors évoquer pêle-mêle différentes situations qui peuvent la rendre fragile (infections, chocs psychologiques comme le décès d'un proche, la venue en hébergement, grande précarité économique, etc.) pour expliquer qu'elle devient vulnérable (Personne et Vercauteren, 2009 : 31). On doit tenir compte d'une foule de facteurs psychologiques, sociaux et liés à la perte d'autonomie, auxquels s'ajoutent d'autres facteurs liés à l'isolement de la personne, voire à son exclusion, qui peuvent conduire à des comportements de type agressif, de déni, de confusion, etc. (Personne et Vercauteren, 2009 : 34).

Dans un chapitre sur les groupes vulnérables et les pratiques en santé communautaire, Holmes et Perron (2006) mettent en lumière les différents visages de la vulnérabilité. « Les figures de la vulnérabilité sont polymorphes et évoquent des images mentales parfois fortes, qui renvoient aux personnes vivant dans des situations d'extrême pauvreté, aux personnes itinérantes ou incarcérées, aux victimes de violences, aux personnes atteintes de troubles mentaux, aux personnes âgées, immigrantes ou autochtones, ou encore aux personnes stigmatisées en raison d'un état de santé particulier (handicap, VIH/SIDA, etc.). Toutes ces personnes partagent une certaine forme d'exclusion sociale, voire de stigmatisation. On ne peut ignorer la compréhension de la séquence stigmatisation-exclusion-vulnérabilité » (Holmes et Perron, 2006 : 195). D'après Holmes et Perron (2006), la vulnérabilité équivaut souvent à être « à risque de manifester des problèmes de santé », que ceux-ci soient physiques, mentaux ou sociaux. Selon ces deux chercheurs, il convient donc d'établir une distinction entre la notion de « vulnérabilité » et le concept de « risque ».

Holmes et Perron (2006) définissent le concept de risque comme « la possibilité ou la probabilité de subir un dommage ou une perte ». Sur la base de cette courte définition, il convient d'identifier des facteurs de risque, c'est-à-dire des variables (ou déterminants) ou des caractéristiques de nature biologique-génétique, environnementale ou psychosociale. Ceux-ci précèdent la manifestation d'un problème. Ils peuvent être d'une durée variable. Ils trouvent leur origine dans la personne même, dans sa famille, dans sa collectivité ou dans son environnement immédiat. Il y a deux catégories de facteurs : les facteurs de risque internes (génétiques, biologiques, comportementaux...) et les facteurs de risque externes (environnementaux, sociopolitiques, démographiques...).

Le risque n'est pas une certitude mais bien une probabilité. Ce ne sont pas tous les gens qui sont exposés à une situation ou à un facteur de risque qui en subiront des répercussions négatives. Le risque est un concept relatif, qui définit un « continuum de risques ». Le risque personnel se situe dans un continuum, allant des risques qu'on court volontairement en tant que possibilités à exploiter (sports extrêmes) à ceux qui nous laissent peu de choix (accidents). Il existe aussi un continuum social de risques, allant de ceux que la société considère comme inévitables, ou qu'elle est disposée à accepter (prendre l'avion), à ceux qui sont considérés comme inacceptables ou déraisonnables (relations sexuelles non protégées). Donc, le risque n'est pas un concept neutre, il est un construit social, déterminant les conséquences jugées acceptables ou inacceptables (Holmes et Perron, 2006 : 196). Les facteurs de risque sont cumulatifs et ils peuvent se multiplier dans leurs effets.

Pour sa part, Santé Canada définit la « vulnérabilité » comme une chose ou un être « qui peut être blessé ou endommagé, exposé à des dommages, à une crise, etc. ». La personne vulnérable est plus encline qu'une autre à développer des problèmes de santé et a plus de difficultés à les évaluer et à les résoudre de manière efficace et sécuritaire. La vulnérabilité est « un état qui varie dans le temps. Nous sommes tous potentiellement vulnérables, à l'intérieur d'un espace-temps et d'un contexte précis ». C'est pourquoi l'expression « population vulnérable » est à utiliser avec précaution. Faire partie d'une population vulnérable ne veut pas dire être

vulnérable à tout moment. Bien des gens préfèrent que l'on s'attarde à leurs forces plutôt qu'à leurs faiblesses afin d'éviter d'être encore plus marginalisés qu'ils le sont déjà. Pour ces personnes, l'expression « population vulnérable » est « un jargon professionnel qui favorise la création d'un ghetto populationnel nécessitant une intervention experte (donc professionnelle) soutenue » (Holmes et Perron, 2006 : 197).

La vulnérabilité est souvent précipitée par des iniquités sociales qui se transforment en iniquités sur le plan sanitaire (Holmes et Perron, 2006 : 197). Les facteurs de risque liés à ces iniquités peuvent induire des conditions de santé précaires menant à la vulnérabilité et possiblement à l'exclusion du tissu social (Holmes et Perron, 2006 : 198). La stigmatisation qui résulte de ces iniquités sociales a un lien étroit avec l'exclusion sociale et la vulnérabilité. La stigmatisation dont certaines personnes font l'objet concourt au processus d'exclusion sociale dont elles sont victimes et, par là même, exacerbe la vulnérabilité qui les caractérise. Les stigmates et leurs attributs jettent un profond discrédit sur la personne et la condamnent à vivre en marge de la société. La personne affligée d'un stigmate en vient à intérioriser les critères propres à la catégorie à laquelle elle appartient (Holmes et Perron, 2006 : 198-199).

Selon Holmes et Perron (2006), ces facteurs n'agissent pas de manière isolée. Ce sont plutôt les combinaisons possibles entre ces variables qui influencent l'état de santé. Ces déterminants constituent des variables importantes qui peuvent expliquer la vulnérabilité de certaines personnes ou de certains groupes au regard de problématiques de santé diverses. C'est le cas, par exemple, d'une personne âgée vivant sous le seuil de pauvreté et sans réseau de soutien social, qui est plus vulnérable qu'une personne capable de subvenir aisément à ses besoins et pourvue d'importants réseaux de soutien social. Le faible niveau socio-économique de cette personne l'empêche de s'alimenter, de se vêtir et de se loger adéquatement, alors que l'absence d'un réseau de soutien social bien articulé peut exacerber sa situation déjà précaire, puisqu'elle doit se déplacer seule et sans aide pour se rendre à ses divers rendez-vous médicaux ou remplir ses autres obligations (Holmes et Perron, 2006 : 199-200).

La vulnérabilité est le produit d'une combinaison de nombreux facteurs internes et externes à la personne. À l'échelle macrosociale, l'âgisme contribue grandement à faire des aînés un groupe social vulnérable. Inventé en 1969 par Robert Butler, le concept d'âgisme désigne « une forme de discrimination qui établit un lien entre le vieillissement et le déclin, et qui a pour conséquence d'attribuer aux personnes âgées une moins grande valeur sociale uniquement en raison de leur âge chronologique. Celle-ci se manifeste à travers un ensemble de stéréotypes et de préjugés négatifs, un manque de considérations et des pratiques discriminatoires à l'égard des aînés. Ces perceptions et pratiques associées à l'âgisme reflètent la position inférieure qu'occupent les aînés dans la société. C'est un processus social qui se fonde sur le réductionnisme biologique et qui permet à l'État et à d'autres institutions d'utiliser l'âge pour définir une catégorie de gens qui se retrouvent privés de ressources et de possibilités. C'est un ensemble de croyances, renforcées par les actions de personnes morales, qui produisent et entretiennent une peur et un mépris du processus de vieillissement. Par le biais du langage et les réactions sociales qui en découlent, ce processus fait des aînés une minorité stigmatisée, marquée par une perte de pouvoir » (Grenier et Ferrer, 2010 : 43). Selon Billette et Lavoie

(2010 : 14), il se produit alors une « exclusion de la vieillesse », c'est-à-dire des processus d'exclusion qui caractérisent la vieillesse, surtout au plan de la reconnaissance symbolique.

Dans un article sur les manifestations d'âgisme chez les professionnels de la santé, Bourbonnais et Ducharme (2010) ne s'étonnent pas que les aînés ayant des incapacités ou des handicaps subissent plus que les autres les contrecoups de l'âgisme lorsque les professionnels transposent les valeurs sociétales que sont la productivité et l'indépendance dans leur pratique. Ces attitudes, expliquent Bourbonnais et Ducharme (2010 : 157-158), sont pernicieuses et sournoises au point de renforcer chez les aînés eux-mêmes la tendance, souvent intériorisée, à s'évaluer sur la base de leur propre productivité et indépendance. Les aînés avec des déficits cognitifs sont évidemment plus vulnérables à cette discrimination compte tenu de la perte de leur habileté à répondre aux normes sociales, non seulement par la diminution de leurs capacités physiques, mais aussi par leur inaptitude graduelle à penser et à se comporter tel qu'attendu. Ils sont étiquetés comme n'ayant plus d'identité ni de contrôle sur leur vie, deux caractéristiques valorisées socialement. Ils perdent ainsi leur statut social et sont marginalisés.

Dans cet article, Bourbonnais et Ducharme (2010) insistent sur le fait que les personnes marginalisées sont aussi très souvent stigmatisées. Sur la base des valeurs sociales dominantes, la personne stigmatisée se voit attribuer certaines caractéristiques, considérées comme péjorative, telle la dépendance. Ensuite, une distance est créée dans les rapports avec cette personne et, finalement, elle subit une discrimination ayant des retombées négatives sur sa vie. La personne stigmatisée est perçue comme étant responsable des caractéristiques qui sont jugées péjoratives, même si elle n'a pas de contrôle sur celles-ci. Cette stigmatisation peut même s'étendre aux personnes qui prennent soin des personnes âgées. Bourbonnais et Ducharme (2010 : 158) observent, en effet, que les soins offerts aux aînés par les proches aidants et les professionnels sont souvent dévalués.

Si la vieillesse se caractérise par des processus d'exclusion, ça ne signifie pas que tous les aînés constituent un groupe exclu de la société, mais bon nombre d'entre eux vivent des situations ou des processus d'exclusion, sans nécessairement basculer dans cet état. D'après Billette et Lavoie (2010), ces processus d'exclusion peuvent fragiliser certaines personnes moins bien outillées, alors que d'autres sont peu affectées parce qu'elles possèdent de fortes ressources de résistances. Comme tout citoyen, un aîné peut vivre des processus d'exclusion qui n'ont rien à voir avec son âge (pauvreté, sexisme, racisme, discrimination en raison de l'orientation sexuelle). Ces processus d'exclusion prennent toutefois une couleur particulière lorsque s'ajoute la dimension du vieillissement (Billette et Lavoie, 2010 : 13). Toute la complexité de ces processus d'exclusion réside dans le fait qu'un aîné peut vivre une exclusion dans certaines dimensions de sa vie, sans pour autant être exclu dans d'autres dimensions. Un aîné peut être à la fois nanti financièrement, donc en situation d'inclusion, tout en vivant de l'exclusion en raison de son homosexualité, de son origine ethnique, de certains choix de vie, ou tout simplement à cause de son âge. C'est l'accumulation d'évènements d'exclusion dans différents domaines de la vie qui conduit à vivre un état d'exclusion (Billette et Lavoie, 2010 : 6).

Dans la vie de tous les jours, les aînés vivent donc des situations multidimensionnelles renvoyant à différentes formes d'exclusion. Billette et Lavoie (2010 : 7-13) en identifient sept, intimement liées à deux processus d'exclusion, en l'occurrence, la non-reconnaissance et la privation des droits et des ressources :

1. La première forme d'exclusion décrite par Billette et Lavoie, l'exclusion symbolique, « se caractérise par les images et les représentations négatives accolées au groupe d'appartenance ou par la négation de la place qu'occupe l'aîné et de ses rôles au sein de la société ».
2. La deuxième forme, l'exclusion identitaire, « renvoie à une identité réduite à un seul groupe d'appartenance, ce qui implique que la personne est perçue uniquement ou presque à travers un prisme réduit (ici, l'âge) niant ainsi ses multiples caractéristiques identitaires : genre, origine, culture, orientation sexuelle, religion, etc. ».
3. La troisième forme, l'exclusion sociopolitique, « se caractérise par des barrières à la participation civique et politique ainsi que par une absence ou des difficultés d'accès aux espaces de participation citoyenne et d'influence auprès des instances décisionnelles et politiques ». Cette forme d'exclusion « s'illustre par une absence de pouvoir collectif et de poids politique ».
4. La quatrième forme, l'exclusion institutionnelle, « implique une absence ou une réduction, pour les aînés, d'accès aux politiques et aux mesures de protection sociale et sanitaire prévues par les institutions sociales et politiques ». Cette forme d'exclusion « s'illustre par une diminution des services qui affecte les conditions de vie ». « Cette dimension de l'exclusion est aussi associée à une normalisation des pratiques qui va à l'encontre de la diversité des besoins et des expériences des aînés et de leurs proches, ainsi que par l'absence de consultation des personnes sur les soins qui les concernent ».
5. La cinquième forme, l'exclusion économique, « se caractérise par l'absence d'accès au revenu, aux ressources matérielles, au capital nécessaire pour subvenir à ses besoins de base ».
6. La sixième forme, l'exclusion sociorelationnelle ou l'exclusion des liens sociaux significatifs, « se caractérise par l'absence ou la perte de réseaux de sociabilité, ou encore par le rejet de la part de ces réseaux ».
7. La septième forme, l'exclusion territoriale, « se manifeste par une diminution de la liberté géographique, un confinement à des espaces isolés, par exemple le domicile, et une perte de contrôle sur son milieu de vie ». « Cette dimension de l'exclusion peut être reliée à des limitations physiques vécues par les personnes âgées mais aussi, par exemple, à des transports en commun inadaptés ou à des espaces publics difficiles d'accès ou inadaptés ».

Ces processus d'exclusion que vivent certains aînés sont révélateurs de la grande diversité des formes de vulnérabilité qui affligent certains individus au fur et à mesure qu'ils vieillissent.

3. LE TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS VULNÉRABLES : UN MODÈLE DE PRATIQUE

3.1 – LE CONTEXTE D’INTERVENTION EN TRAVAIL DE MILIEU AUPRÈS DES AÎNÉS VULNÉRABLES :

Le travail de milieu auprès des aînés vulnérables dépasse très largement la simple perte d’autonomie chez les personnes vieillissantes. Les interventions réalisées doivent faire l’objet d’une modulation en fonction des multiples facettes ou visages de la vulnérabilité chez les aînés. Les stratégies d’intervention employées, qu’elles soient individuelles ou collectives, seront ainsi modulées en fonction de l’évolution des situations observées. D’où la complexité du travail de milieu auprès des aînés vulnérables, mais aussi la valeur ajoutée que représente ce type d’interventions dans une foule de situations qui, nous le verrons plus loin, ne font pas ou très peu l’objet d’intervention des ressources institutionnelles.

3.1.1 – Des situations d’intervention complexes et diversifiées

Sur le terrain, le travailleur de milieu fait face à une très grande hétérogénéité de situations, qui appellent à des interventions modulées en fonction des situations observées. Il est appelé à travailler avec des individus très différents tant au plan des expériences de vie personnelles que des situations sociales. Il est confronté à des histoires de vie marquées par des différences quant à l’âge, la classe sociale, le sexe, l’appartenance ethnoculturelle, la langue, l’orientation sexuelle, etc. Il intervient auprès d’un très large spectre d’aînés appartenant à des générations qui diffèrent parfois largement au chapitre des habitudes de vie, de l’éducation reçue, de l’avoir accumulé au fil des années, des parcours socioprofessionnels, du vécu familial, des croyances et des valeurs, des champs d’intérêts et des loisirs, etc. Dans ses interventions, il rencontre des préretraités, des nouveaux retraités, des septuagénaires, des octogénaires, des nonagénaires et parfois même des centenaires. Il doit donc concilier des attentes et des besoins qui diffèrent énormément d’un individu à l’autre. Il arrive que les liens tissés avec ces personnes s’échelonnent sur plusieurs mois ou même des années. Il doit alors composer avec des trajectoires de vie qui évoluent parfois rapidement et radicalement. Il est souvent aux premières loges d’évènements qui marquent un point tournant ou entraînent une transition dans la vie de la personne, que ce soit une maladie, la perte d’un être cher ou un deuil, un accident ou une blessure laissant des séquelles, un incident tel l’incendie du domicile, un vol par effraction, etc. Il doit être conscient de la détresse psychologique ou du sentiment d’insécurité, entre autres, que de tels évènements peuvent causer chez la personne qui les vit. Cette diversité de situations suppose une position d’ouverture face à la complexité du vieillissement.

Nul professionnel n’est à l’abri des mythes, stéréotypes et préjugés à l’égard du vieillissement et des personnes âgées. Plus que tout, le travailleur de milieu doit faire la part des choses entre les représentations sociales du vieillissement et des aînés et la réalité. De même qu’aucune posture

professionnelle n'est neutre, il doit être conscient de ses croyances et de ses valeurs personnelles et de l'influence qu'elles ont ou peuvent avoir sur ses interventions professionnelles. Une bonne connaissance de soi est nécessaire. Il est primordial de déconstruire cette idée préconçue selon laquelle le déclin et, ultimement la dépendance, est l'aboutissement inéluctable du vieillissement, même chez les personnes âgées dites vulnérables. Le travailleur de milieu doit garder à l'esprit qu'au fur et à mesure qu'elles vieillissent, les personnes âgées connaissent des trajectoires de santé bien plus complexes qu'on l'imagine, que ces trajectoires sont marquées par des périodes de stabilité, et que des améliorations ou même des rémissions durables sont possibles. Il est souvent appelé à travailler auprès de personnes qui se trouvent dans cette zone intermédiaire entre le déclin ou la dépendance et l'indépendance, que l'on nomme fragilité, où la diminution de certaines capacités ne signifie pas qu'il y ait présence d'incapacités fonctionnelles ou cognitives graves. Le plus dur est qu'il s'agit d'un processus et qu'il n'y a pas de lignes claires entre ce qui relève de la fragilité et de la dépendance. Il doit donc être constamment à l'affût de tout signe ou indice d'un changement significatif.

Le travailleur de milieu travaille souvent avec des personnes âgées aux prises avec une diminution de leurs réserves physiologiques et sensorimotrices, se traduisant par une perte de leur potentiel énergétique faisant en sorte qu'elles ont moins d'énergie, et doivent faire de plus grands efforts pour faire les mêmes choses qu'avant, résistant moins bien au stress de la vie de tous les jours. Il doit comprendre l'influence des attributs sociodémographiques et des événements qui ont marqué le parcours de vie de la personne sur ce processus de fragilisation, qui risque d'augmenter la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes sur la santé de cette personne (progression de la maladie, chutes, etc.). Ce processus de fragilisation exige une modulation en conséquence des stratégies d'intervention axées sur *l'empowerment*. D'où la nécessité de comprendre comment la personne âgée vit cette fragilité dans son quotidien et comment elle réagit à cette plus grande vulnérabilité aux défis de l'environnement. Par-dessus tout, le travail de l'intervenant consiste à connaître les stratégies d'adaptation développées par les personnes elles-mêmes et prendre conscience de leurs potentialités, dans le respect de leurs limites. Certaines personnes sont moins bien outillées pour faire face à cette fragilisation alors que d'autres possèdent une forte capacité de résilience.

3.1.2 – Des interventions modulées en fonction de l'évolution des situations observées

À travers ses interventions, le travailleur de milieu est confronté à des facteurs de vulnérabilité très variés. Ces facteurs se partagent en deux catégories. Il y a d'abord les facteurs internes à la personne. On pense ici aux facteurs génétiques, biologiques et comportementaux, sur lesquels le travailleur de milieu ne peut agir, sauf peut-être certains comportements qu'il est possible de changer, si la personne le veut bien. Certaines interventions visent à amener la personne à prendre conscience de comportements ou d'habitudes à changer ou à modifier. Une meilleure alimentation, faire plus d'exercices, participer à des activités permettant de sortir de son isolement en sont quelques exemples. L'autre catégorie de facteurs, les facteurs externes,

concerne les facteurs environnementaux, sociopolitiques et démographiques, sur lesquels il est possible d'agir, jusqu'à un certain point. Certaines interventions collectives, par exemple, s'inscrivent dans une perspective d'action sociale visant à agir sur les structures sociales et les institutions afin de changer ou transformer ce qui opprime, discrimine, marginalise la personne, en l'isolant, en l'excluant. Le travailleur de milieu est ainsi appelé à agir dans un large spectre d'interventions couvrant un large éventail de problématiques.

Pauvreté, absence de réseau informel de soutien satisfaisant, conflits avec les proches, isolement, perte d'autonomie, dépression, discrimination basée sur l'appartenance ethnoculturelle, les croyances religieuses, les barrières linguistiques et l'orientation sexuelle, itinérance, abus, nonaccès à des soins et des services convenables sont quelques exemples de situations fréquemment rencontrées par le travailleur de milieu dans ses interventions. Insalubrité du logement, dépendance à l'alcool et à la drogue, surconsommation de médicaments, mauvaises habitudes de vie, solitude, deuil, maladie dégénérative, trouble mental grave, perte d'autonomie s'ajoutent à la liste des facteurs de vulnérabilité avec lesquels compose le travailleur de milieu. L'expérience de la pratique du travail de milieu enseigne que dans bien des situations une même personne combine quelques-uns ou plusieurs de ces facteurs. Le travailleur de milieu est quotidiennement confronté aux conséquences de ces facteurs de vulnérabilité, comme des comportements agressifs, de déni, de confusion, de repli sur soi et d'isolement. À ces comportements problématiques s'ajoutent un risque plus grand de problèmes de santé ou de détérioration accélérée de l'état de santé, d'exclusion du tissu social, de refus de s'alimenter convenablement, d'incapacité de se vêtir de manière adéquate, de perte d'estime de soi et de confiance en soi, d'idéation suicidaire, etc.

Dans l'exercice de sa pratique, le travailleur de milieu est appelé à aider la personne à prendre conscience des facteurs de vulnérabilité dont elle est l'objet, en gardant à l'esprit que chaque individu a sa propre conception du risque acceptable ou non, de ce qui est déraisonnable ou pas. Il est aussi appelé à aider la personne à évaluer ces facteurs de vulnérabilité, en n'oubliant pas que les gens préfèrent que l'on s'attarde à leurs forces plutôt qu'à leurs faiblesses. Il doit avoir le tact de ne pas les marginaliser davantage. Son travail consiste à aider la personne à trouver des solutions efficaces et sécuritaires. Une partie de ses interventions consiste à redonner à la personne qui a intériorisé les stigmates et leurs attributs une image positive d'elle-même. Par ses interventions, il contribue à combattre les effets pernicioeux des pratiques discriminatoires encouragées par l'âgisme. Il lui arrivera peut-être même d'observer de telles pratiques chez certains collègues et partenaires. En effet, certains professionnels, sans même en être conscient, transposent les valeurs sociales dominantes de productivité et d'indépendance dans leur pratique. Dans ce dessein, le travailleur de milieu doit comprendre qu'une personne âgée peut vivre une forme d'exclusion qui n'a rien à voir avec son âge et qu'elle peut vivre une exclusion dans une dimension de sa vie, sans pour autant être exclu dans les autres dimensions. Une personne aînée, par exemple, peut être nanti financièrement mais être rendue vulnérable en raison de son origine ethnique, de ses croyances religieuses, de ses valeurs culturelles, de sa langue, de son orientation sexuelle, ou de la couleur de sa peau. Elle peut aussi être l'objet d'une quelconque forme de malveillance de la part d'un tiers.

3.1.3 – Quelques exemples de situations de vulnérabilité chez les aînés

Dans les faits, la vulnérabilité se manifeste de multiples façons dans la vie des personnes âgées. Quelques exemples sont présentés dans cette section.

Sont vulnérables les aînés affectés par les inégalités sociales et le repli de l'État qui concourent à leur appauvrissement, en plus d'affecter directement leur sentiment de bien-être et leur qualité de vie en général. Les conditions économiques et sociales précaires provoquées par ces perturbations sont porteuses de formes d'exclusion ou de désaffiliation les plus diverses. Sont donc à risque les aînés qui, en raison de leur faible niveau socioéconomique, vivent dans des environnements physiques insalubres et peu sécuritaires, qui peuvent présenter un risque pour la santé, n'ont pas accès à des soins primaires et à des services de santé préventifs convenables, ou ont des habitudes de vie nocives. Sont aussi à risque les aînés qui se voient évincés de leur domicile par des propriétaires peu scrupuleux. Dans ses interventions, le travailleur de milieu sera aussi appelé à travailler avec des personnes âgées pratiquement confinées dans leur logement, qui ne reçoivent qu'un bain par semaine du CLSC, et qui, parce qu'elles ont honte de cette situation, ont cessé d'inviter des gens chez elles, et souffrent d'isolement, ayant perdu leurs liens sociaux significatifs et cessé toute forme de sociabilité.

On oublie trop souvent que certains groupes, ayant vécu des parcours difficiles, atteindront aussi l'âge de la retraite : les personnes itinérantes, les toxicomanes, les personnes vivant seules, les joueurs compulsifs, pour ne mentionner que ces situations. Ces dépendances laissent des séquelles susceptibles d'hypothéquer le vieillissement de ces personnes. Elles sont plus susceptibles, par exemple, de voir se manifester l'apparition de diverses incapacités et de voir leur santé se détériorer plus rapidement, sachant que Santé Canada considère le statut socioéconomique et les conditions de vie comme des déterminants de la santé. Il est possible qu'à travers ses interventions, le travailleur de milieu ait à accompagner et soutenir des personnes âgées aux prises avec de telles dépendances ou qui ont connu de telles situations.

Sont vulnérables les aînés qui, du fait de leur situation économique et sociale, connaissent une quelconque forme d'isolement social, les privant ainsi de multiples ressources (soutien psychologique, aide matérielle et financière, etc.), et n'ont pas accès aux ressources et aux occasions de participer à la vie de leur collectivité. À certaines occasions, le travailleur de milieu sera appelé à travailler avec des personnes qui se sentent privées de toute possibilité de s'exprimer sur des sujets qui les intéressent, ont l'impression qu'il n'y a pas d'espaces ou de lieux de discussion et de décision où elles pourraient s'impliquer, et qui finissent par se retirer, s'isoler petit à petit. Il lui arrivera peut-être aussi de travailler avec des personnes âgées qui ont cessé de fréquenter les ressources de leur milieu parce qu'elles ont l'impression qu'on ne les écoute pas, qu'on ne tient pas compte de leurs opinions, que leurs aspirations ne comptent pas aux yeux du personnel de ces ressources. Ce sentiment d'isolement représente une cause de plus en plus répandue d'inadaptation chez les aînés, se manifestant sous forme de névrose, de dépression, d'alcoolisme, de surconsommation de psychotropes, voire de suicide. Cet isolement social a aussi quelque chose d'insidieux, en ce sens que tous les aînés étiquetés isolés ne se considèrent pas comme tel. C'est ce qui ressort d'une thèse réalisée auprès d'aînés vivant en

logement social, identifiés comme isolés par leurs fournisseurs de services (Burns, 2010). Cette étude a démontré que les aînés s'auto protègent de l'isolement social par le biais d'activités ciblées, surtout à l'intérieur de leurs logements, et aussi par leur engagement dans des relations sociales à faible risque ou leur demandant peu d'investissement. Il y a donc une différence entre le fait d'être objectivement isolé et le sentiment de se sentir isolé ou non, d'où l'importance de considérer le point de vue unique des aînés (Burns, 2010).

Sont vulnérables les aînés dépourvus d'un réseau social informel solide, dans la mesure où ce sont les membres du réseau social personnel tel le conjoint, les enfants, et dans une moindre mesure les amis, les bénévoles et les voisins, qui sont les principales sources de soutien des aînés. La taille et la composition de ce réseau dépendent largement de la trajectoire familiale de la personne âgée : présence ou non du conjoint, décès du conjoint ou départ de celui-ci après une séparation ou un divorce, rapports harmonieux ou tendus avec les enfants, vie marquée par le célibat, histoire conjugale marquée par des abus ou de la violence, etc. Dans l'exercice de ses fonctions, le travailleur de milieu sera parfois en contact avec l'entourage immédiat ou le réseau social de la personne âgée visée par ses interventions. D'où l'importance, avant d'intervenir, de dresser un portrait du réseau social de la personne âgée et de s'enquérir auprès de celle-ci de son parcours de vie afin de connaître les événements qui ont marqué ses trajectoires conjugale, familiale et amicale et leurs répercussions sur sa vie familiale et sociale présente.

Sont vulnérables les personnes aînées, particulièrement les femmes âgées, qui ont connu une trajectoire conjugale et familiale plus difficile. Nombreux sont les babyboomers qui ont été touchés, à un moment ou un autre de leur vie, par la dislocation de la structure familiale traditionnelle. Nombreux ont vécu une séparation ou un divorce. Plusieurs, surtout des femmes, ont choisi de vivre seules après la rupture et certaines ont opté, délibérément ou non, pour ce mode de vie pour le reste de leurs jours, se retrouvant moins bien pourvues en termes de ressources. Plusieurs chefs de familles monoparentales, des femmes en majorité, n'ont pas eu la vie facile, au moment où elles élevaient leurs enfants. Les difficultés économiques, sociales et psychologiques rencontrées ont agi défavorablement une fois hors de la vie active, les désavantageant socialement et économiquement face à la vieillesse. Est ainsi vulnérable la femme qui vieillit et qui, en raison des inégalités sociales associées à l'appartenance de genre, voit s'accroître les risques de se retrouver en situation de pauvreté et d'avoir un moindre accès aux biens et services dont elle a besoin (Billette et Lavoie, 2010 : 14). Il arrive souvent que le travailleur de milieu soit appelé à intervenir auprès de ces femmes âgées, aux prises avec les répercussions laissées par le stress de telles situations.

Sont à risque les personnes âgées membres d'une communauté ethnoculturelle ou d'une minorité visible, immigrantes ou réfugiées, qui n'ont pas eu le temps d'accumuler des avoirs suffisants pour garantir une retraite sans souci, ou qui en raison de leurs croyances religieuses ou autre, vivent une quelconque forme de discrimination. Est vulnérable, par exemple, l'homme âgé de religion musulmane, en minorité dans son quartier, mais qui pratiquait chez lui et dans une mosquée d'un quartier voisin. Les nouvelles expériences liées à son vieillissement, comme l'hébergement en milieu institutionnel, peuvent créer de nouvelles sources de rejet, de discrimination ou d'exclusion (Billette et Lavoie, 2010 : 13-14). Sont aussi à risque les personnes

âgées qui, en raison de barrières linguistiques, ont difficilement accès à certains services, comme les soins de santé. Il peut aussi arriver que le travailleur de milieu soit appelé à travailler avec une personne âgée qui n'ose pas vivre ouvertement son orientation sexuelle, par peur des réactions de son entourage ou par crainte d'être victime de pratiques discriminatoires des intervenants de qui elle reçoit des soins, et qui se questionne sur le degré d'ouverture des gens avec qui elle a des contacts, refoulant ainsi une partie importante de son identité.

Sont à risque les aînés dont l'état de santé physique ou mental peut induire des comportements à risque, telle la surconsommation de médicaments ou autre substance nocive, de mauvaises habitudes alimentaires, pouvant entraîner des accidents (Holmes et Perron, 2006 : 198-200). Sont aussi à risque les vieillards qui ont peu de capacités fonctionnelles et qui, de ce fait, n'ont pas l'impression d'avoir une emprise sur leur vie et leur milieu. Si l'on associe davantage la perte d'autonomie à un état de fragilité, elle est aussi une source importante de vulnérabilisation, de par ses multiples répercussions dans la vie quotidienne des personnes qui voient ainsi décliner leurs capacités. Selon Fournier (1998), la perte d'autonomie peut être permanente, ou temporaire, partielle ou quasi totale. Ainsi, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer perdra son autonomie cognitive de manière permanente tandis qu'une personne ayant subi un accident cérébro-vasculaire (ACV) pourra regagner une partie de son autonomie, suite à des traitements de réadaptation. Dans ses interventions, le travailleur de milieu découvrira que l'isolement dont souffre la personne âgée confinée dans son logement s'explique peut-être en partie par une perte significative de ses capacités cognitives. Sa tâche consistera, entre autres, à référer celle-ci aux ressources appropriées. Il pourra aussi contribuer à lui procurer un filet de sécurité en la connectant à certains services ou certaines activités dans la communauté, tels les appels d'amitié offerts par certains centres communautaires pour aînés.

Sont vulnérables les aînés atteints d'un trouble mental grave (schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux prononcés, dépressions chroniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité) (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010 : 176). Les ennuis associés à la maladie mentale et à l'avancement en âge ont des conséquences majeures sur les plans sanitaire, fonctionnel et psychosocial. Plusieurs aînés souffrant de maladie mentale ont des habiletés sociales inadéquates et leurs capacités d'adaptation et de résolution de problèmes s'en trouvent limitées (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010 : 177). La maladie mentale conduit à des parcours de vie marqués par la discrimination et plusieurs formes d'exclusion, tant concrètes que symboliques, affectant les conditions de vie de ces personnes : isolement, manque de soutien social, précarité financière, perte d'occasions de réaliser diverses activités et d'exercer des rôles sociaux valorisants (Dallaire, McCubbin et Provost, 2010 : 177). Les travailleurs de rue sont quotidiennement en contact avec des personnes itinérantes souffrant de problèmes de santé mentale sévère. À Montréal, des organismes communautaires comme le P.A.S. de la rue travaillent avec les itinérants de 55 ans ou plus. Cette triste réalité est aussi présente dans les différentes régions du Québec. Que ce soit dans ses interventions dans les lieux publics fréquentés par les aînés, ou que ce soit tout simplement en marchant sur la rue, le travailleur de milieu rencontrera peut-être au cours de sa carrière un vieillard sans abri souffrant de maladie mentale et vivant l'exclusion dans sa forme la plus extrême.

Sont aussi à risque les aînés isolés, l'isolement social étant reconnu comme un facteur de risque pour les abus et les mauvais traitements que ce soit de la part d'un proche, d'une connaissance, d'un professionnel ou encore d'un inconnu (Conseil des aînés du Québec, 1995). De l'avis de tous les spécialistes, on ne connaît que la « pointe de l'iceberg », ce qui rend cette forme de violence si sournoise et insidieuse. Cette violence demeure sous-estimée et méconnue, notamment en raison de l'absence de données exactes sur l'ampleur réelle du phénomène. Considérée comme un tabou social, cette violence n'est pas immédiatement visible, d'où la nécessité pour l'intervenant de faire preuve de vigilance et de perspicacité pour dépister des situations d'abus potentielles. Selon le juriste et sociologue Louis Plamondon (2007), il s'agit de la forme de violence intrafamiliale la moins connue, la plus cachée. Aussi scandaleux que cela puisse paraître, les différentes formes d'abus envers les aînés demeurent plus souvent qu'autrement dissimulées volontairement ou involontairement, par ignorance ou inconscience. Les raisons de la non-dénonciation sont multiples et l'intervenant doit connaître celles-ci : sentiment de honte et de culpabilité, crainte du scandale, peur de représailles, difficulté à communiquer et à verbaliser ses émotions, méconnaissance du problème, crainte de dénoncer, rapport de dépendance dans lequel se trouve l'abusé par rapport à l'abuseur, etc. (Bourque, Pakzad et Arsenault, 2006; Cario, 2006 ; Plamondon, Lauzon, Rapin et Bourdeau, 2006; Plamondon et Nahmiash, 2006). L'observation pratique, par les travailleurs de milieu auprès des aînés vulnérables, démontre par ailleurs que plusieurs aînés victimes d'abus n'osent pas dénoncer parce qu'ils craignent la perte d'un lien avec une personne signifiante, dans certains cas avec la seule personne signifiante qui demeure encore en contact.

Sont vulnérables les travailleurs vieillissants, âgés de 50 ou 55 ans ou plus, victimes de pratiques d'exclusion, discrètes mais efficaces, en milieu de travail. Ces pratiques d'exclusion prennent des formes variées comme l'absence de plan de carrière, des possibilités de formation, de développement et de promotion de plus en plus rares, l'assignation à des tâches et à des projets qui n'ont finalement que peu d'importance pour l'organisation et qui ne seront probablement jamais menés à terme, des pratiques langagières visant l'exclusion sur la base de l'âge, etc. Dans un chapitre où elles s'intéressent aux manifestations d'âgisme en milieu de travail, Lagacé et Tougas (2010) développent le concept de la « communication âgiste » pour désigner l'ensemble des messages discriminatoires adressés aux travailleurs vieillissants. Selon les chercheuses, « les messages sont bien souvent implicites, sournois, mais l'objectif est clair : faire comprendre au travailleur senior que son rôle et sa place au sein d'une organisation sont sérieusement questionnés, parce que perçu incompetent, précisément en raison de son âge » (Lagacé et Tougas, 2010 : 241). « Signe d'une société âgiste, les blagues dénigrantes et infantilistes quant à la compétence du travailleur senior tiennent la route alors qu'il serait impossible de les concevoir sous la loupe du racisme et du sexisme » (Lagacé et Tougas, 2010 : 242).

Dans une société où les représentations sociales du vieillissement sont empreintes de préjugés, il n'est pas surprenant que le travailleur âgé soit la cible de croyances selon lesquelles il serait moins performant, aurait moins de potentiel de développement et d'apprentissage, serait plus résistant aux changements et aux nouvelles technologies, plus réfractaire à la formation, moins flexible et moins motivé (Lagacé et Tougas, 2010 : 243). Selon les chercheuses, la communication âgiste indique la porte de sortie au travailleur senior et suscite chez ce dernier

un profond mécontentement à force de subir des comparaisons sociales désavantageuses. Il se désengage psychologiquement de son travail, en discréditant la validité de la rétroaction reçue de ses pairs, et en dévaluant son travail, qui devient moins important et n'est plus un critère déterminant de valorisation personnelle (Lagacé et Tougas, 2010 : 250). C'est alors qu'il songe à prendre une retraite ni volontaire ni souhaitée, en réaction ou comme mécanisme de défense devant l'exclusion dont il est victime (Lagacé et Tougas, 2010 : 251). On se retrouve ainsi en présence de retraités qui ont quitté le marché du travail à contrecœur, profondément malheureux d'être à la retraite, une retraite qui est associée à une « mort sociale ». Dans son travail, l'intervenant de milieu peut être appelé à travailler avec un travailleur vieillissant qui, suite aux pressions de son employeur, a pris une retraite prématurée, contre son gré, sans avoir suffisamment épargné et qui ne sait pas comment aller chercher un revenu supplémentaire. Plus grave encore, le sentiment d'inutilité a conduit certains aînés au suicide.

Toutes ces situations mettent en lumière la très grande diversité des situations ou des états qui placent ou qui sont à risque de placer la personne vieillissante en position de vulnérabilité. Ces processus de vulnérabilisation, ainsi que les processus de fragilisation vus précédemment, relativisent la capacité d'*empowerment* de ces personnes, obligeant ainsi à considérer les capacités réduites ou limitées induites par ces états de vulnérabilité ou de fragilité dans le choix de stratégies d'intervention de milieu privilégiant le modèle du « développement du pouvoir d'agir » des individus. Cette grande diversité des états de vulnérabilité et de fragilité et des processus qui conduisent à ces états illustre aussi la grande complexité et variété des situations avec lesquelles les ITMAV doivent composer au quotidien, des situations qui dans bien des cas, ne font pas ou très peu l'objet d'intervention des ressources institutionnelles, parce que ne correspondant pas à leur mission ou parce que insuffisamment outillées.

3.2 – LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES AÎNÉS VULNÉRABLES :

L'approche centrée sur le « développement du pouvoir d'agir des individus ou des collectivités », ou *empowerment*, a beaucoup gagné en popularité au cours des deux dernières décennies. Un grand nombre d'initiatives du milieu pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion prennent la forme de projets visant l'empowerment individuel ou collectif. Ces projets s'adressent généralement à des personnes se retrouvant déjà en situation difficile (isolement, marginalisation, exclusion) ou dans des situations qui risquent éventuellement de les contraindre à vivre dans la pauvreté et dans l'exclusion. Ces projets veulent aider ces personnes à développer leur potentiel et leur autonomie ainsi qu'à favoriser leur participation sociale. Ces efforts ne réussiront toutefois que si l'on se donne des objectifs réalistes et raisonnables, tenant compte des potentialités et des limites des individus.

Avant même d'envisager que des personnes puissent s'inscrire dans une démarche d'insertion sociale ou de réinsertion sociale, il importe de s'assurer qu'elles disposent des outils (connaissances et compétences) pour y arriver. Il existe, par exemple, divers types de situation qui, malheureusement, ont pour effet de confiner des personnes dans la marginalité et l'exclusion. C'est le cas, par exemple, des jeunes adolescentes qui, devenant mères, laissent leurs études, ou encore de ces femmes qui, pour différentes raisons, ont passé plusieurs années

hors du marché du travail et qui tentent d'y revenir, ou qui rendues à l'âge de la retraite, se retrouvent avec peu de ressources. Le premier pas vers l'insertion sociale, c'est donc d'aider les personnes à prendre – ou à reprendre – du pouvoir sur leur propre vie.

3.2.1 – L'usage du concept d'*empowerment* en gérontologie :

Toute stratégie de développement du pouvoir d'agir doit être modulée en fonction des réalités particulières dans lesquelles s'exerce le travail de milieu auprès des aînés vulnérables. Dès le départ, il convient de préciser que les interventions menées auprès de ces personnes visent à stimuler chez elles le désir d'acquiescer ou de reprendre un certain pouvoir d'agir et de contrôle sur leur destinée, tout en étant conscient qu'il serait illusoire de croire pouvoir mener à terme un processus d'*empowerment* de A à Z avec des aînés fragilisés et vulnérables. Il ne s'agit pas non plus de « faire à la place d'eux » ou de « faire pour eux », mais de les soutenir dans leur démarche personnelle d'appropriation ou de réappropriation du pouvoir d'influer sur leur vie et leur avenir. Ces actions peuvent être individuelles ou collectives, quand la personne se joint à un groupe (un comité, une association ou toute autre forme d'action collective) pour mener à terme un projet visant à prendre ou à reprendre le contrôle de sa destinée.

Dans le 2^e chapitre d'un ouvrage sur les personnes âgées vivant en milieu d'hébergement, Michèle Charpentier et Maryse Soulières (2007) proposent une définition du concept d'*empowerment* appliqué aux personnes âgées en contexte d'hébergement. À partir d'une revue de la littérature, les auteures exposent les principaux paradigmes de son application en gérontologie et en contexte d'hébergement, puis expliquent leur choix d'opter pour une approche constructiviste de l'*empowerment*. Cette recherche repose sur la conviction que tous les individus, même âgés et fragilisés, ont à la fois la capacité et le droit de prendre en charge leur propre vie. Cette étude propose une modulation de la notion d'*empowerment* appliquée à des personnes âgées fragilisées par une diminution plus ou moins grande de leur autonomie.

Aux fins de leur étude, Charpentier et Soulières (2007 : 35) définissent l'*empowerment* comme « un processus qui vise à développer ou renforcer l'autonomie décisionnelle des individus et des groupes qui subissent de l'exclusion sociale. Il s'agit d'un processus par lequel l'individu devient capable d'influencer l'aménagement et le cours de sa vie en prenant les décisions qui le concernent directement ou qui concernent sa communauté ». À l'instar de Le Bossé, Lemay et de bien d'autres, Charpentier et Soulières (2007 : 35) retiennent l'expression « pouvoir d'agir » qui, selon ces auteurs, est celle qui se rapproche le plus de l'idée du pouvoir, qui permet aux individus – soit, dans le contexte de cette étude, les aînés vivant en milieu d'hébergement – de se définir et de poser des actions (ou de ne pas en poser) afin d'assurer leur bien-être et d'améliorer leur situation. Il est évident, selon eux, que ce pouvoir d'agir implique une dimension individuelle et sociale, voire collective, et qu'il renvoie au processus de mobilisation du pouvoir personnel, interpersonnel, social et politique.

3.2.2 – Les modèles d’empowerment auprès des personnes âgées :

À partir d’une analyse d’une soixantaine d’articles scientifiques répertoriés, Charpentier et Soulières (2007 : 36) ont regroupé les différentes conceptualisations de l’empowerment autour de quatre (4) grands modèles ou paradigmes : *l’empowerment* structurel ou politique, *l’empowerment* technocratique aussi nommé *coping*, *l’empowerment* des usagers ou des consommateurs de soins ou de services (du réseau de la santé et des services sociaux) et *l’empowerment* personnel ou individuel au quotidien.

❖ *Le modèle de l’empowerment structurel ou politique :*

Le premier modèle, *l’empowerment* structurel, s’inscrit en continuité avec les racines contestataires du concept et propose une lecture critique des structures sociales. Selon cette approche, ce sont les inégalités et les discriminations sociales dont ils sont victimes qui expliquent le manque de pouvoir des aînés. L’âgisme est pointé du doigt. Par conséquent, la reprise du pouvoir se joue aux plans social et politique. Ce paradigme est très présent dans le discours des différentes associations de personnes retraitées, telles l’Association Québécoise de Défense des droits des Retraité-e-s (AQDR), l’Association des Retraité-e-s de l’Enseignement du Québec (AREQ), la FADOQ, l’Association des Retraité-e-s de l’Alliance de la Fonction publique (ARAFP), pour ne nommer que quelques-unes des grandes associations de retraité-e-s au Québec (Charpentier et Soulières, 2007 : 37).

❖ *Le paradigme de l’empowerment technocratique ou coping :*

Le second paradigme, *l’empowerment* technocratique, vise une plus grande capacité d’adaptation des individus, sans remettre en question les institutions. Ce modèle repose sur le maintien de l’autonomie des individus et vise une prise en charge ou indépendance par rapport aux services publics. D’après Charpentier et Soulières (2007), cette approche propose une conceptualisation du pouvoir qui se confond aisément avec celle de l’autonomie fonctionnelle. Selon cette approche, le manque de pouvoir des aînés est donc attribuable à des facteurs individuels. Par conséquent, la reprise du pouvoir passe par la responsabilisation des aînés, de leur entourage immédiat et de la communauté. Selon Charpentier et Soulières (2007), cette conception de l’empowerment est loin de faire l’unanimité. On lui reproche de s’inscrire dans une perspective de gestion de la décroissance. C’est d’ailleurs l’une des critiques adressées au virage ambulatoire dans les années 90 et aux politiques de soutien à domicile qui ont suivi dans les années 2000. On désapprouve l’usage que font ces politiques de cette approche qui, sous prétexte de la capacité des personnes à se prendre en main, essaie de justifier la réduction ou même la suppression des services auxquels elles ont droit (Charpentier et Soulières, 2007 : 38).

❖ *Le modèle de l'empowerment des usagers du réseau de la santé et des services sociaux :*

Le troisième modèle, *l'empowerment* des usagers ou des consommateurs de soins ou de services (de santé et de services sociaux), dénonce la trop grande hiérarchisation ou inégalité des relations entre les professionnels de la santé et les aînés qui les consultent. Ce modèle vise l'autodéfinition des besoins par les usagers, ainsi que la collaboration et le partenariat entre les usagers et les professionnels dans l'intervention. Ce modèle valorise les mécanismes de participation des usagers aux institutions leur offrant des services. Cette approche a d'ailleurs inspiré la mise sur pied des comités d'usagers dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les comités de résidents dans les milieux d'hébergement. La mise sur pied de ces comités, aussi louable soit-elle, soulève toutefois un certain nombre de questions. On s'interroge beaucoup, entre autres, à savoir si ces mécanismes de participation se traduisent en une réelle augmentation du pouvoir des usagers ou s'il s'agit seulement d'une rhétorique qui ne transforme pas vraiment les structures organisationnelles de prise de décision au sein de ces établissements (Charpentier et Soulières, 2007 : 38-39).

❖ *Le paradigme de l'empowerment au quotidien :*

Le quatrième paradigme, *l'empowerment* personnel ou individuel au quotidien, se situe au niveau microsocial et conçoit le pouvoir comme « étant d'abord et avant tout la capacité de gérer individuellement sa routine, ses habitudes de vie et de contrôler son environnement immédiat ». Selon cette approche, « la reprise du pouvoir passe par la possibilité pour les individus de verbaliser leurs désirs et d'organiser leur quotidien en fonction de leurs propres priorités » (Charpentier et Soulières, 2007 : 39). Ce modèle se prête davantage à des interventions de nature individuelle pour aider et accompagner la personne âgée dans une démarche d'appropriation ou de réappropriation d'un certain contrôle ou pouvoir d'agir sur ses conditions de vie et sa destinée, tout en tenant compte des états ou des situations de vulnérabilité et de fragilité qui peuvent affecter l'itinéraire ou le parcours de vie de cette personne, nécessitant ainsi une modulation des stratégies retenues en fonction de ces réalités.

Cette catégorisation des grands modèles de conceptualisation de *l'empowerment* en gérontologie sociale, que proposent Charpentier et Soulières (2007), rend compte de la diversité des paradigmes servant à définir le concept d'*empowerment* et des lectures et des applications très différentes, sinon potentiellement opposées, induites par ces définitions. Il n'en demeure pas moins, selon Charpentier et Soulières (2007 : 39), que ce concept demeure porteur, tant au plan théorique que pratique, pour intervenir dans les situations où, pour différentes raisons, des personnes âgées se retrouvent en situation où elles sont privées de la liberté d'exercer pleinement leur pouvoir d'agir.

3.2.3 – Le DPA des aînés vulnérables :

Le modèle conceptuel proposé par Charpentier et Soulières (2007) s'avère fort intéressant sous plusieurs aspects. À la base de tout développement du pouvoir d'agir s'exprime la volonté d'acquiescer du pouvoir sur un ou plusieurs aspects de la vie individuelle. Compte tenu des facteurs de vulnérabilité qui fragilisent les aînés et des contraintes des structures organisationnelles et sociales dans lesquelles ils évoluent, il est essentiel d'opter pour une définition du développement du pouvoir d'agir qui rend compte de ces réalités.

Selon Charpentier et Soulières (2007), il est nécessaire de développer une conception qui évite les dichotomies qui opposent le pouvoir et la dépendance et qui puisse refléter les stratégies d'*empowerment* développées par les aînés, aussi vulnérables puissent-ils être, et aussi fragiles ces stratégies puissent-elles paraître. « Il s'agit, en fait, de construire une définition du pouvoir d'agir qui ne soit pas synonyme d'indépendance, niant les vulnérabilités et les fragilités des aînés, et qui reflète plutôt la possibilité de faire des choix et de les faire respecter, sans crainte des conséquences, qu'elle que soit la solution retenue » (Charpentier et Soulières, 2007 : 42-43). « Cette définition doit s'inscrire dans une approche à la fois constructiviste et structurelle, qui ne se limite pas à la compréhension que revêt le pouvoir d'agir pour les aînés, mais procède à une lecture plus globale de la situation, en recadrant le vécu quotidien des aînés dans un contexte plus large et en mettant en lumière les freins potentiels au développement de leur pouvoir d'agir » (Charpentier et Soulières, 2007 : 43).

Dans leur recherche, Charpentier et Soulières (2007) privilégient une approche réunissant le modèle de l'*empowerment* structurel et celui de l'*empowerment* au quotidien. Les chercheuses postulent que « si les personnes âgées hébergées constituent une population stigmatisée par de nombreux stéréotypes et préjugés négatifs et fragilisée par sa situation de dépendance plus ou moins marquée sur les plans fonctionnel, cognitif et social, il ne serait être question de les voir uniquement comme des victimes passives et dominées ». Pour Charpentier et Soulières (2007), les aînés, même fragiles et vulnérables, sont aussi des acteurs, capables d'influer leur destinée. Ils agissent et modulent leur expérience de vie, ont une subjectivité qui leur est propre et produisent une certaine résistance (Charpentier et Soulières, 2007 : 35-36). « Sans nier les facteurs de fragilisation et de vulnérabilité qui affectent les aînés en perte d'autonomie, cette recherche nous les montre sous un nouvel éclairage, celui d'acteurs et de citoyens à part entière, ayant des droits et des libertés, un pouvoir d'agir et de se définir. Au même titre que tous les citoyens, ils disposent d'une marge de pouvoir et de liberté, mais il faut parfois les aider à la recouvrer en les aidant à prendre conscience de leur potentiel, et parfois, il faut les accompagner dans leur démarche » (Charpentier et Soulières, 2007 : 103).

L'étude de Charpentier et Soulières (2007) permet de relativiser la littérature, plus théorique, sur le modèle du développement du pouvoir d'agir et de préciser un certain nombre de balises ou de conditions à prendre en considération pour moduler l'usage du concept d'*empowerment* dans le cadre précis du travail de milieu auprès des aînés vulnérables.

- ❖ *Les stratégies d'empowerment avec des aînés vulnérables sont possibles à condition que celles-ci soient modulées en fonction de leurs potentialités et de leurs limites.*

La recherche menée par Charpentier et Soulières (2007) dans les milieux d'hébergement pour aînés révèle la possibilité d'amorcer un processus d'*empowerment* avec des individus, aussi fragiles et vulnérables soient-ils, à la condition d'adapter les stratégies d'intervention retenues en fonction des processus de fragilisation et des facteurs de vulnérabilité pouvant constituer des freins potentiels au développement de leur pouvoir d'agir.

- ❖ *Le développement du pouvoir d'agir des aînés vulnérables est un processus personnalisé, propre à chaque individu, et se réalise à travers une foule de petits gestes quotidiens.*

Il n'y a pas de recettes toute prêtes d'avance, ni de formules ou de procédés généralisables à tout le monde. C'est à travers une foule de petits gestes, banals ou insignifiants en apparence, qu'un individu développe son pouvoir d'agir, c'est-à-dire prend ou reprend le contrôle de sa destinée. Il s'agit d'un processus personnalisé, chaque individu se différenciant de l'autre, de par sa personnalité, son parcours de vie, ses états (de santé, socioéconomique, etc.). Dans la recherche de Charpentier et Soulières (2007), la volonté de maintenir son autonomie et de limiter la dépendance se reflète dans les actions des résidents. Leur démarche d'*empowerment* prend racine dans des gestes quotidiens qui peuvent parfois sembler bien anodins pour la majorité d'entre nous, mais qui, pour eux, visent le maintien de leurs libertés individuelles. Cela peut se traduire par la volonté de conserver un certain contrôle sur son alimentation, l'exécution de certaines tâches ménagères ou de certains soins personnels, la préservation d'activités artistiques et de loisirs dans lesquelles ils se racontent et se réalisent (Charpentier et Soulières, 2007 : 107-108).

- ❖ *Les stratégies d'empowerment des aînés vulnérables sont teintées par leur position de vulnérabilité et de fragilité et tiennent compte des freins potentiels à leur pouvoir d'agir.*

Les stratégies de reprise de pouvoir ou de développement du pouvoir d'agir des personnes fragilisées sont fortement teintées par la position de vulnérabilité dans laquelle elles se trouvent. Dans l'étude menée par Charpentier et Soulières (2007), la vie des aînés en milieu d'hébergement est marquée par une liberté réduite, par une capacité fonctionnelle limitée, la perte de leurs habitudes de vie et de loisirs, le contrôle externe exercé par le personnel et prescrit par l'organisation du milieu, des rapports de pouvoir inégaux avec le personnel, les règlements contraignants au niveau de l'horaire des repas, du coucher, du lever, des soins, et de l'horaire des employés. Dans pareille situation, les stratégies d'*empowerment* ne consistent pas à nier leurs vulnérabilités mais à valoriser leurs potentialités (Charpentier et Soulières, 2007 : 110-111). C'est donc à partir d'une position de vulnérabilité, tant objective que subjective, que

ces individus se forgent diverses stratégies d'*empowerment* afin de se préserver de petites marges de manœuvre (Charpentier et Soulières, 2007 : 112).

- ❖ *Les stratégies d'empowerment des aînés vulnérables se réalisent en continuité avec leurs trajectoires de vie, leur posture et leur positionnement, influencées par leur personnalité.*

Les stratégies d'*empowerment* développées par les individus s'inscrivent dans des itinéraires de vie propres à chacun d'eux. Ce ne sont pas des stratégies désincarnées. Bien au contraire, elles sont fortement enracinées dans leurs parcours de vie et s'inscrivent en continuité avec leurs trajectoires de vie. Dans la recherche de Charpentier et Soulières (2007 : 123), les stratégies de vie et d'adaptation privilégiées des résidents des milieux d'hébergement se posent le plus souvent en continuité avec celles qu'ils ont développées au cours de leur vie. Celles-ci sont aussi influencées par leur personnalité, certains traits de caractère particuliers, et une foule d'expériences qui ont été marquantes ou significatives dans leur vie.

À Projet Changement, très actif depuis plusieurs années en intervention dans les milieux de vie, les intervenant-e-s de milieu encouragent les aînés, à travers des stratégies modulées, à reprendre confiance en leurs propres ressources (moyens), en tentant d'identifier les façons par lesquelles ils peuvent s'occuper de leur propre qualité de vie ainsi que de celle d'autres aînés vulnérables vivant dans leur communauté. Selon les intervenant-e-s de Projet Changement, il est possible de fournir un soutien aux aînés, même en situation de vulnérabilité ou de fragilité, de façon à ce qu'ils puissent collectivement ou individuellement prendre en charge leur propre qualité de vie. Il s'agit d'impliquer les aînés dans une relation de « partenaires actifs » dans l'amélioration de leur propre vie ou de celle des autres. Ce travail de reconnexion à la communauté se fait à travers différentes stratégies, telle la participation des aînés à l'organisation d'activités, à des comités locaux, à des activités intergénérationnelles ainsi qu'à des activités d'entraide et de jumelage avec d'autres aînés ayant des intérêts ou des besoins semblables ou complémentaires (Projet Changement, 2007).

Bien entendu, la plupart des intervenant-e-s consulté-e-s arrivent à la conclusion qu'au-delà des avantages vantés par les discours plus théoriques, dans la réalité vécue sur le terrain, il est particulièrement difficile de trouver des expériences réussies de prise en charge totale de projet ou d'initiative par les aînés présentant de sérieux facteurs de vulnérabilité. D'après l'expérience de Projet Changement (2007), il est plutôt nécessaire « de tenter de stimuler les aînés à initier une démarche d'appropriation ou de réappropriation de leur pouvoir d'agir, en prenant leur place dans l'organisation d'activités, sans toutefois les abandonner complètement une fois qu'un projet est démarré ». Selon Gueye (2002), le développement du pouvoir d'agir des aînés vulnérables exige de la part de l'intervenant qu'il travaille sur différentes facettes. Il doit trouver des stratégies afin d'encourager la participation, de développer les compétences, d'améliorer l'estime de soi et de favoriser la conscience critique des aînés. Une recherche effectuée auprès d'aînés et portant sur la notion de fragilité a débouché, entre autres, sur des suggestions quant aux types d'interventions à développer afin de favoriser, chez les personnes âgées fragiles, la reprise de contrôle sur leur vie (Lebel et coll., 1999).

Les stratégies suggérées comprennent la diffusion d'informations sur divers moyens permettant de compenser certaines incapacités à partir d'outils publicitaires non conventionnels (sur billets d'autobus et sur les passes mensuelles de transport, etc.), l'organisation de cafés-rencontres et d'ateliers au sujet de la fragilité, et la réalisation d'entrevues individuelles afin de rejoindre des personnes qui ont de la difficulté à s'exprimer en groupe.

3.3 – LE MODÈLE DES ITMAV : UNE PRATIQUE SPÉCIFIQUE DÉDIÉE AUX ÂÎNÉS VULNÉRABLES

On l'a vu dans les sections précédentes, le travail de milieu ainsi que les autres formes de travail de proximité ont été développées à la fois dans le milieu institutionnel, en particulier dans les établissements de services sociaux et de santé, et dans le milieu communautaire, où un nombre de plus en plus grand d'organismes et de regroupements d'organismes ont développé, piloté et expérimenté divers projets visant à intervenir directement auprès des groupes ciblés dans leurs milieux de vie. D'abord dédiées plus spécifiquement aux jeunes en difficulté (jeunes de la rue), ces initiatives se sont rapidement étendues à d'autres groupes sociaux victimes de discrimination, de marginalisation et d'exclusion, incluant depuis au moins une dizaine d'années ou plus les personnes âgées isolées socialement et victimes de maltraitance.

L'approche ou le modèle centré sur le « développement du pouvoir d'agir » (*empowerment*), malgré les défis qu'ils posent au niveau de son application, constitue une prémisse fondamentale de la plupart de ces initiatives. Les éléments théoriques et empiriques présentés dans les sections précédentes du document à propos de l'approche milieu (ou proactive), du travail de proximité et de ses variantes (travail de rue, travail de milieu) et de la notion d'*empowerment*, qui constituent les sources d'inspiration conceptuelle et pratique de cadre théorique, serviront maintenant à préciser les assises sur lesquelles repose plus spécifiquement le travail de milieu réalisé par les organisations communautaires auprès des aînés vulnérables.

Les informations recueillies auprès des organisations montrent que la plupart des intervenants terrains font à la fois du travail de rue et du travail de milieu (Projet Changement, 2007). Si le travail de rue fait par des intervenants du milieu communautaire auprès des aînés est relativement nouveau et peu documenté, la consultation des informateurs-clés a permis de mieux cerner les stratégies d'approche développées par les intervenants dans le cadre du travail de rue et de milieu auprès des aînés vulnérables. Le travail s'effectue en des lieux qui constituent le milieu de vie élargi des aînés, comme la rue et les parcs, mais également les restaurants, les cafés, les centres d'achats et les arrêts d'autobus, ainsi que dans les HLM et les tours d'habitation. Globalement, le travail en milieu de vie ressemble sur plusieurs aspects au travail de rue. D'ailleurs, la plupart des intervenants qui font du travail de rue interviennent également dans les milieux de vie. Cette pluralité de lieux d'intervention et de stratégies déployées rend nécessaire l'élaboration d'un modèle théorique à portée unificatrice.

Cette proposition de modélisation du travail de milieu auprès des aînés vulnérables vise à fournir des éléments de réponse aux questions que posera inévitablement tout bailleur de fonds ou partenaire sollicité pour appuyer et soutenir un tel projet : Qu'est-ce que le travail de milieu auprès des aînés vulnérables ? Quels sont les objectifs visés ? À quels besoins cherche-t-il à répondre ? Quel est exactement le rôle de l'intervenant de milieu ? Qu'est-ce qu'il fait au juste ? Qu'est-ce qu'il ne fait pas ? Quelles sont ses limites ?

3.3.1 – La définition du travail de milieu auprès des aînés vulnérables

Le travail de milieu est l'une des composantes du soutien communautaire et ne doit pas être confondu avec celui-ci. Il s'inscrit en complémentarité des autres composantes du soutien communautaire. Des liens de partenariat sont à établir avec ces diverses composantes du soutien communautaire à des fins de référence ou à des fins de réponses aux besoins dépistés par le travailleur de milieu. Dans la prochaine section, sera abordée la délicate question des relations avec les partenaires de l'intervention, incontournable et essentielle, et de la reconnaissance par ceux-ci des particularités de ce type d'intervention, qui en font sa spécificité et qui rendent compte de sa valeur ajoutée, parce que réussissant à rejoindre des personnes et à répondre à des besoins là où les autres approches plus traditionnelles échouent.

Définissons d'abord en quoi consiste théoriquement le travail de milieu auprès des aînés vulnérables. Une tâche rendue compliquée par l'existence de diverses approches du travail de proximité ou de milieu auprès des aînés vulnérables, mais une tâche qui n'est pas insurmontable. Au-delà des distinctions, quelques caractéristiques communes que possèdent ou devraient posséder ces initiatives permettent quand même de dégager une certaine définition :

- ❖ *Il s'agit, premièrement, d'initiatives communautaires. Les projets de travail de milieu mis en œuvre par les établissements du réseau institutionnel sont exclus de ce cadre, ce qui évidemment n'exclut pas pour autant la collaboration avec des partenaires institutionnels ou même privés dans le cadre de projets initiés par le milieu communautaire.*
- ❖ *Ces initiatives prennent la forme d'efforts et/ou d'activités déconcentrées (de reaching out) visant une veille et un repérage d'aînés vulnérables ou à risque de fragilisation, l'établissement d'un lien de confiance et l'identification de besoins associés à la qualité de vie de l'aîné.*
- ❖ *Ces initiatives impliquent un accompagnement allant au-delà de la prestation d'information, qui favorise une connexion ou reconnexion aux ressources pertinentes aux besoins et une référence effective. L'intervenant de milieu agit comme un « pont », un « passeur », un « intermédiaire » et peut ainsi devenir un « agent d'inclusion » ou un « agent de changement visant l'inclusion ou la réinclusion des aînés exclus ».*

- ❖ *Ces initiatives suppose des actions visant à développer le pouvoir d’agir des aînés sur leur vie quotidienne et, plus particulièrement, sur les conditions ou situations qu’ils considèrent insatisfaisantes, inadéquates ou avilissantes; des actions qui tiennent compte à la fois des potentialités et des limites personnelles (compétences et habiletés, désir ou volonté d’agir ou non, perception ou non de réelles possibilités d’action, capacité de projection) et structurelles (ressources offertes ou non par l’environnement, opportunités offertes ou non par le contexte politique et le cadre législatif) influant sur leur capacité à agir.*
- ❖ *Ces initiatives misent sur l’entourage des aînés vulnérables afin d’identifier et de mettre à contribution des acteurs-clés de la communauté qui, en raison de leurs qualités personnelles (empathie, désir d’aider, volonté de s’impliquer, grande capacité d’écoute, etc.) et de leur position stratégique les mettant en contact avec ces aînés (pharmacien, coiffeur, épicier, etc.), peuvent s’avérer un atout important dans les stratégies de dépistage/repérage déployées par l’intervenant. Ces « aidants » peuvent être des proches parents ou des amis, mais il est clair qu’en ce qui concerne les aînés isolés, n’ayant pas de réseau social, ou très peu de contacts avec la famille ou des amis, le concept d’aidants doit être élargi à ces autres acteurs non apparentés présents dans la communauté et disponibles.*
- ❖ *Ces initiatives s’actualisent à travers des actions à portée individuelle ou collective, ou misant sur une complémentarité des deux portées. Il importe de souligner l’importance des interventions collectives menées, par exemple, dans les habitations à loyer modique (HLM) pour les aînés et dans les groupes. La complémentarité entre les interventions collectives et individuelles constitue un atout que les intervenants eux-mêmes associent à une condition de succès.*
- ❖ *Enfin, dernière caractéristique commune, ces initiatives impliquent une stratégie de complémentarité avec les ressources du milieu. L’intervenant de milieu n’a pas à assurer un suivi à long terme dans la foulée d’une référence donnée. Les ressources du milieu sont là pour ça. D’où l’importance d’établir des rapports étroits de collaboration avec les partenaires du milieu, basés sur des relations de confiance réciproque entre les partenaires. Le partenariat, en dépit des difficultés qu’il pose, est une condition sine qua non de la réussite de ce type d’intervention. En raison de leur position stratégique, ils sont susceptibles d’apporter une aide précieuse à la veille et au repérage. Ce sont aussi des sources de référence essentielle et des ressources susceptibles de répondre à certains besoins dépistés ou d’aider à créer une réponse à ces besoins. Nous y reviendrons plus loin.*

Sur la base d'une recension des initiatives développées dans le réseau des centres communautaires pour aînés et par certains organismes communautaires en dehors de ce réseau (Cloutier, 2008), il est possible de regrouper ces initiatives en trois grandes familles ou catégories dépendamment de la nature individuelle ou collective des interventions et des milieux où s'effectuent ces interventions :

- ❖ *Une première famille regroupe les initiatives qui misent exclusivement, ou principalement sur les interventions individuelles (dans les centres, dans les tours d'habitation et les HLM, et dans d'autres sites externes)*
- ❖ *La deuxième famille regroupe les initiatives qui misent exclusivement, ou principalement sur les interventions collectives (interventions sur mesure en Centres, en tours d'habitation ou en HLM). A noter qu'un certain nombre des initiatives de cette famille repèrent et mobilisent des aînés vivant dans des petites résidences. .*
- ❖ *La troisième famille regroupe des initiatives qui misent sur une complémentarité d'interventions collectives et individuelles. les interventions collectives, sur mesure en centres, qui consistent en du repérage dans de petites résidences, et que l'on retrouve aussi dans des tours d'habitation et en HLM.*
 - *À noter que toutes les familles valorisent des actions de veille et de sensibilisation, qui se déroulent en divers environnements : dans les corridors dans les tours d'habitation et les HLM, dans les lieux publics, en centres, et dans les domiciles privés.*

Il n'y a pas de formule magique. La formule gagnante consiste en une combinaison des différentes approches. La grande majorité des initiatives misent sur une certaine combinaison d'approches. Les approches ou combinaisons privilégiées s'inspirent de la dynamique du milieu où elles se déroulent et des caractéristiques des personnes ou des groupes visés. Le nouveau retraité de 65 ans parfaitement autonome mais souffrant de solitude et d'isolement, puisque renfermé sur lui-même après le décès inattendu de sa conjointe et n'ayant pas d'enfant ou très peu de contacts avec eux, pas d'amis, nécessitera un type d'intervention adapté à sa situation. Une aide qui sera différente de l'intervention exigée par la dame très âgée dont l'autonomie commence à décliner sérieusement, qui est socialement isolée parce que confinée dans son logement et abandonnée des siens, excepté par l'un de ses enfants qui abuse d'elle à chaque fois qu'il lui rend visite. De même, la personne âgée qui vit seule, célibataire sans enfant, qui dispose de ressources très limitées, qui n'a pas de réseau de soutien social, qui a une mobilité réduite et qui habite dans un endroit mal desservi par les services de transport collectif, ainsi coupée des services et ressources du milieu, aura besoin d'une assistance différente. Une foule de situations qui ont pour effet de rendre la personne âgée vulnérable nécessitent ainsi une

modulation en conséquence des stratégies déployées par les travailleur-e-s de milieu. Ces stratégies sont d'autant plus importantes qu'un grand nombre de ces situations ne sont pas connues des ressources institutionnelles, tout simplement parce que les personnes qui vivent ces situations ne les fréquentent pas.

3.3.2 – Les objectifs du travail de milieu auprès des aînés vulnérables

Une première étape, dans la détermination des objectifs, consiste à identifier et définir les aînés vulnérables que l'on veut rejoindre par le travail de milieu, en tenant compte des distinctions établies entre la vulnérabilité (liée à des événements ou des épreuves externes) et la fragilité (liée au déclin des forces et des capacités).

Il a été démontré dans une section précédente que la vulnérabilité dépasse largement la perte d'autonomie fonctionnelle physique ou cognitive et recouvre un très large éventail d'états ou de situations associées à une grande variété de processus de fragilisation et de vulnérabilisation. Il a aussi été démontré que ces situations ou processus résultent d'un ensemble de facteurs individuels ou sociaux, de conditions de vie (pauvreté, absence d'épargne, dépendance à l'alcool, aux drogues, au jeu, etc.), d'évènements particuliers (divorce, retraite forcée, décès du conjoint, tragédie personnelle, etc.), du fait d'être un homme ou une femme, d'avoir ou non un conjoint et des enfants, d'appartenir à une communauté culturelle, etc.

Dans une étude sur la participation des aînés réalisée pour le Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Des Rivières et Michaud (2005) rappellent que les aînés les plus affectés par la maladie, les aînés les plus pauvres, de même que ceux qui n'ont pas été mariés et ceux qui n'ont pas eu d'enfants, risquent davantage d'être isolés socialement et de manquer de soutien psychologique que les autres. Ils sont non seulement plus vulnérables du fait de leur isolement, mais aussi à plus haut risque d'être victimes de mauvais traitements. Selon les deux chercheurs, les contacts sociaux sont le meilleur moyen d'assurer la sécurité des aînés et de prévenir les risques d'abus et de diminuer une partie des facteurs liés à la vulnérabilité d'un individu fragilisé. Les interventions de milieu doivent en priorité combattre l'isolement social des aînés en centrant leurs actions sur les clientèles les plus susceptibles d'être vulnérables.

Outre le dépistage d'aînés en perte d'autonomie, le travail de milieu auprès des aînés vulnérables poursuit d'autres objectifs de liaison et de connexion ou re-connexion aux ressources ainsi que des objectifs d'inclusion ou de ré-inclusion dans la communauté :

- ❖ *Aller là où les autres ne vont pas, pénétrer et circuler dans les milieux de vie des aînés vulnérables, s'y rendre le plus visible et accessible possible, dans les limites du raisonnable, afin de rejoindre ceux dont les besoins ne sont pas comblés par les réponses institutionnelles.*
- ❖ *Mobiliser le réseau social ou, en l'absence d'un tel réseau, en stimuler l'émergence, en repérant des personnes charnières (gatekeepers ou sentinelles)*

pouvant s'avérer être des aidants potentiels, en faire des collaborateurs ou des partenaires, ou le cas échéant, réactiver le réseau et le stabiliser lorsqu'il est présent mais que ses ressources d'entraide sont inactives, discontinues ou instables.

- ❖ *Avec l'aide de ces partenaires et collaborateurs, dépister précocement les problèmes afin de prévenir et référer au besoin la personne âgée, avant que la situation ne soit trop détériorée.*
- ❖ *Tout en prenant en considération non seulement le degré d'autonomie et l'état de santé des aînés mais aussi leurs vulnérabilités, redonner à ces personnes le pouvoir d'agir sur leur vie, en faire des citoyens actifs de leur développement et des revendicateurs de leurs droits.*
- ❖ *Dans un climat de sincérité, fondé sur une relation de confiance réciproque, en tenant compte des attentes, des aspirations et des préférences de la personne âgée, fixer avec cette personne des objectifs de changement et déterminer avec elle les modalités de la démarche à entreprendre pour mettre fin à une situation problématique ou insatisfaisante.*
- ❖ *Aider la personne âgée dans son parcours, en lui prodiguant et en démystifiant des informations cruciales, en la référant aux ressources pouvant l'appuyer ou la soutenir dans sa démarche, et en l'absence de telles ressources, voir avec les partenaires comment stimuler la création d'une réponse ou d'une ressource.*

3.3.3 – La spécificité du travail de milieu

De l'avis même des intervenant-e-s de milieu, l'éloignement des services, ou l'absence de services dits « de proximité », représente un véritable problème pour les aînés. Selon les personnes interrogées, l'intervention de milieu part, entre autres, du principe que les aînés auraient tendance à demeurer plus actifs et autonomes si des services de proximité étaient plus présents dans leur milieu de vie et si les liens sociaux de leur milieu étaient plus importants. Pour cette raison, l'intervenant-e de milieu ne doit pas se limiter à travailler individuellement avec un aîné vulnérable, mais également agir dans une perspective plus globale visant à tenter d'animer et de revitaliser le milieu de vie et le tissu social de celui-ci. L'intervention par le biais du travail de milieu consiste à améliorer la qualité de vie et les services aux aînés les plus vulnérables en offrant des services, du soutien et des activités dans les milieux de vie des populations aînées plutôt que dans des locaux centralisés. Ce modèle d'intervention s'articule autour d'une présence et d'une visibilité accrues de l'intervenant dans les communautés, et d'une plus grande accessibilité à ces mêmes intervenant-e-s. La communauté locale ou le milieu de vie des aînés devient ainsi le véritable lieu de travail de l'intervenant-e. Il s'agit de travailler non pas dans une perspective de prise en charge totale et solitaire, mais plutôt dans une

perspective d'accompagnement et de soutien aux aînés en concertation avec d'autres ressources présentes dans le milieu.

Dans un esprit de complémentarité avec ces ressources, qu'elles soient institutionnelles ou communautaires, le travail de milieu cherche à répondre aux besoins que ces ressources (en particulier les établissements du réseau de la santé et des services sociaux) ne connaissent pas ou auxquels elles n'arrivent pas à répondre. En ce sens, la valeur ajoutée du travail de milieu est campée dans deux grandes fonctions génériques : d'une part, faire le pont entre les aînés et les ressources pouvant répondre à leurs besoins, et d'autre part, mobiliser des partenaires pour favoriser l'émergence de nouvelles réponses aux besoins dépistés.

Les intervenant-e-s de milieu ont à offrir des réponses différentes des celles offertes par les autres ou à en trouver, avec l'aide des partenaires, là où il n'y en a pas. Ces réponses à ces besoins consistent à :

- ❖ *Reconnecter la personne aînée, qui ne connaît pas les ressources ou qui ne les fréquente pas et qui vit une forme de vulnérabilité, à sa communauté et à ses ressources.*
- ❖ *Agir dans la « zone grise » (ou faire ce que d'autres ne font pas), c'est-à-dire écouter, dépister, établir un lien de confiance, informer, démystifier, référer, assurer une présence signifiante, respecter le rythme de la personne.*
- ❖ *Accompagner la personne âgée dans son cheminement volontaire (dans son désir de changer une situation qu'elle considère insatisfaisante pour une autre jugée souhaitable).*
- ❖ *Référer cette personne aux ressources spécialisées compétentes, institutionnelles ou communautaires, susceptibles de répondre à ses besoins.*
- ❖ *Démystifier ces ressources.*
- ❖ *Stimuler une confiance minimale de la personne envers ces ressources.*
- ❖ *Assurer la liaison avec des partenaires, afin d'éviter le dédoublement avec les ressources existantes et disponibles.*
- ❖ *Provoquer, en collaboration avec les partenaires, l'émergence ou l'offre de réponses aux besoins dépistés et sans réponse.*

- ❖ *Miser sur l'approche communautaire autonome pour développer des activités et occasions créatives qui contribuent à démystifier et reconnecter les aînés avec leur milieu et ses ressources*

- *À noter que la majorité des formes de réponses précitées peuvent être déployées dans des approches autant individuelles que collectives.*

3.3.4 – Le rôle de l'intervenant de milieu

On s'entend pour dire que l'intervention de milieu est un travail complexe, parfois ardu, plein de contraintes et de défis, qui place quelquefois l'intervenant dans des positions délicates, inconfortables, mais qui est un travail tout aussi stimulant, enrichissant, valorisant, procurant le sentiment de faire une différence. Devant une telle complexité, et les frontières assez vagues encadrant cette pratique, il convient d'apporter quelques précisions sur ce que fait ou ne fait pas l'intervenant-e de milieu, c'est-à-dire sur ce qui relève ou non de son rôle. Selon les propos recueillis auprès d'intervenant-e-s de milieu, il est primordial que certaines balises soient établies. En effet, le travailleur de milieu possède une autonomie importante et les facettes du travail sont multiples et complexes. Il est donc nécessaire qu'il puisse compter sur un cadre général permettant de baliser la nature du travail de milieu.

3.3.4.1 – Ce que fait l'intervenant de milieu

Inspiré en partie de ce que font les travailleurs de rue ou de proximité auprès des jeunes de la rue ou des autres groupes marginalisés (itinérants, prostitués, etc.), le travailleur de milieu agit aux marges de ce que font les autres acteurs et des autres approches auprès des aînés, en particulier auprès des aînés vulnérables et isolés qui ne fréquentent pas ou peu les ressources ou les services offerts.

Les balises suivantes se déclinent autant dans les approches individuelles que collectives du travail de milieu auprès des aînés vulnérables :

- A. En matière de veille et de dépistage, il s'intègre au milieu par des actions directes : tournées directes dans les lieux publics fréquentés par les aînés, visites à domicile, interactions avec divers acteurs du milieu pouvant agir comme des sentinelles (gatekeeper).*
- B. Il mise sur un contact humain, dépourvu de contraintes bureaucratiques, et valorisant une relation démocratique et égalitaire.*
- C. Il accompagne les aînés dans des démarches de démystification et de reconnexion aux ressources. Il aide à départager ce qui relève de ses fausses croyances et ce qui relève de la réalité concernant les ressources disponibles.*

- D. Il assure le suivi lui permettant d'entretenir la relation de confiance à travers une écoute active, respectueuse, évitant tout préjugé, et en garantissant la plus stricte confidentialité (les informations livrées par les aînés ne pouvant être partagées avec quiconque, à moins que l'aîné n'ait donné son consentement éclairé au partage des informations le concernant).*
- E. Il réfère vers les bonnes ressources et peut accompagner pour favoriser une intégration auprès d'une ressource appropriée. Ce type d'intervention est d'ailleurs au coeur du travail de milieu. Certains intervenants consultés se décrivent même comme des « bottins de ressources ambulants ». Cette pratique d'intervention répond à un besoin bien identifié au sujet des aînés vulnérables, soit celui d'être mieux informé et d'être mieux dirigé vers les ressources appropriées.*
- F. Il interpelle les ressources de la communauté et favorise la concertation puis la réflexion chez des partenaires du milieu, susceptibles de favoriser l'émergence d'une réponse à un besoin dépisté.*
- G. Il est proactif et passe le plus de temps possible sur le terrain, dans des activités de dépistage, de veille, de prévention, d'animation et de suivi, et ce, en réduisant au minimum les tâches administratives.*
- H. Il agit donc dans cette « zone grise » où ni les ressources du milieu ni la personne aînée ne sont en mesure d'identifier l'existence du besoin ou de sa réponse. Son rôle consiste à aider cette personne à identifier et exprimer son besoin.*
- I. Pour ce faire, il initie un processus qui conduira les aînés à prendre conscience de leurs compétences et habiletés ou qui leur permettra d'acquérir ou développer de telles compétences et habiletés. Il stimule le sentiment du pouvoir d'agir sur leur vie et leur environnement pour mettre fin ou changer une situation insatisfaisante, et ce, même si les aînés sont aux prises avec une perte d'autonomie importante. Il met ainsi en évidence les compétences plutôt que les problèmes et les limitations des aînés.*
- Il accompagne à toutes les étapes du développement d'un pouvoir d'agir, prodiguant informations, encouragements et soutien. Il respecte le rythme, les attentes, les aspirations et le désir d'amorcer un changement des aînés. Il prend bien garde de ne pas forcer une démarche contre le gré des aînés visés. Si*

la personne a une perte d'autonomie importante, cela doit se faire en tenant compte de l'évolution de sa condition.

- J. Il encourage, soutient et développe la participation des aînés à la vie sociale de leur communauté. Il favorise, dans la mesure du possible, l'activation ou la réactivation du réseau social.*

3.3.4.2 – Ce que ne fait pas l'intervenant de milieu

Sans vouloir limiter la portée des actions menées par l'intervenant de milieu, certaines mises en garde s'imposent. En effet, la complexité associée au travail de milieu représente un risque réel de surmenage pour l'intervenant et d'outrepasser sans s'en rendre compte ce que l'on attend de lui. Il est donc primordial d'établir dès le départ certaines limites à ne pas franchir.

- A. L'intervenant de milieu ne se substitue à aucune ressource d'expertise active dans la communauté.*
- B. Il ne remplace aucun service, ne pose aucun diagnostic, ne dispense aucun soin médical, ne dispense aucun soin corporel, et n'assume aucune gestion de crise de santé mentale, se contentant d'alerter les services d'urgence appropriés.*
- C. Il n'est pas une ressource disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Il travaille environ 35 heures par semaine, soit l'équivalent d'une semaine normale de travail à temps plein, et communique clairement les créneaux horaires d'accès à ses services, ce qui n'exclut pas pour autant une certaine souplesse en cas de besoin ou si une situation le justifie.*
- D. Il respecte le principe de neutralité dans toutes ses interventions et activités, ne s'impliquant pas dans quelque forme de médiation formelle de conflits. A cet égard, selon les circonstances, il agira comme facilitateur d'une amélioration du milieu de vie, ou, lorsque c'est possible, favorisera une connexion vers des ressources ayant une expertise dans les formes de médiation souhaitables. Il aide également les aînés à faire valoir leurs droits, par la référence à d'autres ressources (de soutien, de défense de droits, de médiation, etc.), sans porter de jugement ni entretenir d'attentes.*
- E. Il ne développe pas de lien d'amitié, distinguant clairement l'établissement d'un lien de confiance de l'émergence d'un lien d'amitié.*
- F. Il n'est pas une personne qu'on interpelle pour des « petits services » ou « menus travaux ». Il n'est pas là pour changer une ampoule ou porter des paquets. Dans*

pareille situation, il réfère aux ressources appropriées ou stimule l'émergence d'une réponse au besoin.

- G. Il ne fait pas d'accompagnement continu ou intensif, référant aux ressources existantes, sauf exceptionnellement pour accompagner une personne à un premier rendez-vous, ou si une situation urgente mettant la vie de la personne en danger se présente et qu'il n'y a aucune autre ressource disponible à l'instant où cela se produit.*
- H. Il ne s'implique jamais dans des démarches d'ordre financière, bancaire, légale et/ou fiscale, favorisant plutôt l'accès aux informations appropriées et la référence aux ressources pertinentes du milieu (ombudsman, cliniques d'impôt, etc.).*
- I. S'il favorise l'émergence ou la réémergence d'un mécanisme participatif qui puisse contribuer à dynamiser le milieu de vie, son rôle ne consiste pas à en prendre le leadership, ni dans la mise sur pied ni dans la gestion d'un tel mécanisme.*
- J. S'il suscite l'émergence d'une réponse à un besoin, conduisant à la mise sur pied d'une nouvelle ressource qui n'existait pas auparavant, ce n'est pas à lui à en assurer la mise en oeuvre et la gestion.*

3.3.5 – Le processus du travail de milieu : un continuum d'actions

Le travail de milieu peut être compris comme un continuum d'actions qui se prolongent dans le temps. Il est jalonné par diverses phases qui poursuivent chacune des finalités un peu différentes. Il s'agit d'un travail qui demande que l'on s'attaque à diverses facettes d'une problématique. De plus, la relation entre l'intervenant et le milieu doit se développer à travers le temps. On comprend donc la nécessité et l'importance d'assurer une régularité dans la présence de l'intervenant auprès des personnes accompagnées. On conçoit aussi aisément que le travail de milieu soit difficile à planifier étant donné que, pour être efficace, l'intervenant doit régulièrement ajuster ses approches et ses interventions en fonction des événements quotidiens qui surviennent dans la vie de la personne accompagnée.

Globalement, on peut dire que le rôle de l'intervenant de milieu est d'accompagner les individus dans ce qu'ils vivent. Il peut également contribuer à développer le pouvoir d'agir des personnes qu'il accompagne grâce à la relation privilégiée qu'ils auront développée. Son travail peut être décortiqué en quatre phases qui peuvent éventuellement se chevaucher. Il s'agit des phases d'observation, d'intégration, d'implication et d'intervention.

❖ *La phase d'observation qui vise à dépister.*

- ❖ *La phase d'intégration qui vise à informer et sensibiliser.*
- ❖ *La phase d'implication qui vise à orienter et à référer.*
- ❖ *La phase d'intervention qui vise à responsabiliser.*

Ce processus ne peut être réalisé sans l'établissement d'une relation de confiance entre l'aîné vulnérable et l'intervenant. Cette relation de confiance s'établit dans le cadre d'une relation d'égal à égal, basée sur le respect et la réciprocité. Cette relation se développe dans le temps, entre autres, à travers l'accompagnement, l'écoute, la référence, le support et la distribution de matériel préventif (documents d'information et autres).

Les actions menées par les intervenants de milieu cherchent aussi à favoriser la concertation dans les milieux dans lesquels ils interviennent. Ces efforts de concertation s'expriment notamment à travers le soutien offert pour la réalisation de projets collectifs et la collaboration avec divers membres d'un même milieu de vie. Ce processus sera abordé de manière plus détaillée lors d'un autre exercice subséquent visant à définir un cadre pratique, lequel couvrira notamment un profil de compétences d'un travailleur de milieu œuvrant auprès d'aînés vulnérables.

3.3.6 – Les stratégies d'approche

D'après les intervenants consultés dans l'étude de Projet Changement (2007), les stratégies d'approche sont pratiquement les mêmes que le travail de milieu se fasse dans la rue ou dans les milieux de vie des aînés. Il s'agit de stratégies d'approche axées sur la constance, l'écoute, la patience et l'investissement de soi. Les stratégies d'approche sont par ailleurs sensiblement les mêmes d'un intervenant et d'une organisation à l'autre. Ces stratégies consistent à :

- ❖ *Utiliser l'approche individuelle dans la majorité des circonstances.*
- ❖ *Utiliser l'approche collective en certaines circonstances.*
- ❖ *Être sensibilisés aux enjeux de la vulnérabilité des aînés.*
- ❖ *Respecter les désirs des aînés.*
- ❖ *Utiliser l'échange afin de créer des liens.*
- ❖ *Trouver des prétextes légitimes pour aborder les aînés.*

- ❖ *Miser sur une présence régulière aux mêmes endroits.*
- ❖ *Écouter avant d'intervenir.*
- ❖ *Utiliser les aînés pour approcher d'autres aînés.*
- ❖ *Mettre l'accent sur la qualité et non la quantité.*
- ❖ *Développer des partenariats et être motivé.*

Toutefois, certaines stratégies d'approche utilisées par les intervenants sont exclusivement applicables à l'intervention dans les milieux de vie. Ces stratégies consistent à :

- ❖ *Préparer et soigner l'entrée dans le milieu de vie.*
- ❖ *Utiliser les structures associatives en place.*
- ❖ *Faire du porte-à-porte.*
- ❖ *Travailler en équipe.*
- ❖ *Utiliser l'affichage et la distribution d'informations et organiser des activités festives.*

Les stratégies d'approche feront aussi l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre pratique qui sera développé en continuité avec le cadre théorique.

3.3.7 – Le soutien et l'encadrement de l'intervenant de milieu

D'après Projet Changement (2007), la qualité des approches et des pratiques en travail de milieu est en partie tributaire du soutien et de l'encadrement que l'organisme d'attache va fournir à ses intervenants. Pour pouvoir soutenir l'intervenant et favoriser le développement du travail de proximité, les dirigeants de l'organisme et ceux qui ont la responsabilité d'encadrer et de superviser les interventions doivent :

- ❖ *Connaître les aînés et les problématiques les concernant.*
- ❖ *Posséder une bonne compréhension des problématiques sur le terrain.*
- ❖ *Avoir une bonne connaissance des ressources du milieu.*

- ❖ *Avoir établi des liens durables avec les partenaires.*

Plus concrètement, pour soutenir l'intervention, les organismes porteurs d'intervention de milieu ou d'attache des intervenants de milieu doivent :

- ❖ *Conseiller afin de guider l'action.*
- ❖ *Favoriser l'accès au perfectionnement et au ressourcement.*
- ❖ *Contribuer à faire connaître le travail de proximité tant à l'interne qu'à l'externe.*
- ❖ *Organiser des rencontres d'équipe régulières si l'organisme dispose de plusieurs intervenants de proximité.*
- ❖ *Organiser des rencontres individuelles au besoin.*
- ❖ *Encourager le recours, en cas de besoin, à une supervision clinique externe.*
- ❖ *Évaluer annuellement les intervenants de proximité ainsi que l'atteinte des résultats de l'action de proximité.*

Au même titre que le processus d'intervention et les stratégies d'approche, les mécanismes d'encadrement, de supervision et de soutien des intervenant-e-s de milieu seront précisés dans le cadre pratique.

3.3.8 – L'approche concertée

D'après l'étude des pratiques de proximité réalisées par Projet Changement (2007), puisque les intervenants de milieu sont appelés à travailler quotidiennement avec les acteurs et les ressources présentes dans le milieu, une approche concertée est essentielle à la réussite de toute forme de travail de milieu. Cette approche s'appuie sur l'établissement d'un partenariat avec les ressources du milieu, qui fera l'objet de la prochaine section du document, et comprend quatre éléments :

- ❖ *Une bonne connaissance des ressources du milieu et des réseaux informels*

D'après l'expérience de Projet Changement (2007), une présence plus marquée dans le milieu permet aux intervenants d'acquérir une bonne connaissance des réseaux formels et informels d'entraide, de soutien et de socialisation des aînés et d'entrer en contact avec certains membres de ces réseaux. Cette proximité avec les milieux de vie permet à l'intervenant de faire un diagnostic plus poussé des réseaux existants dans la communauté, ainsi que des ressources disponibles, des lieux de socialisation présents sur le territoire et des particularités du milieu de

vie (condition socio-sanitaire, présence ou non de conflits, etc.). Cette proximité du terrain permet également d'identifier rapidement les *leaders* locaux (formels ou non).

Cette présence accrue dans le milieu permet à l'intervenant de développer une meilleure connaissance des systèmes informels d'entraide et, par le fait même, d'établir des rapports de collaboration plus étroits, non seulement avec les personnes à qui sont destinées ses interventions, mais également avec les autres personnes qui partagent son milieu de vie ou qui font partie de son environnement immédiat (voisinage, services de proximité, etc.).

❖ *Le travail avec d'autres ressources d'aide et de soutien*

L'intervenant de milieu peut agir comme une courroie de transmission entre les aînés et les ressources disponibles dans le milieu (quand cela est nécessaire). Pour agir dans ce sens, il doit préalablement bien connaître les ressources existantes ainsi que les services qu'elles offrent, et avoir établi des ponts avec les diverses organisations dont les services sont destinés aux aînés sur un territoire donné (qu'elles soient gouvernementales, communautaires ou privées).

❖ *L'intervention auprès du réseau social des aînés*

La cible de l'intervention ne se limite donc pas à l'aîné vulnérable ou à risque de devenir vulnérable, mais s'étend à l'ensemble du réseau social de cette personne, incluant non seulement sa famille proche et ses amis, mais aussi les personnes avec qui elle entre régulièrement en relation (voisin, pharmacien, caissier du dépanneur, livreur du marché d'alimentation, coiffeur, concierge et gardien ou surveillant d'immeuble, etc.).

❖ *L'intervention auprès des proches aidants*

Le réseau personnel de l'aîné vulnérable constitue sa principale source d'aide et de soutien. On estime que les proches aidants assument environ 80 % du soutien fourni aux aînés. Ce qui peut devenir épuisant pour les proches aidants étant donné la lourdeur de la tâche que représentent l'aide et le soutien à un aîné vulnérable. Il appartient à l'intervenant de milieu d'évaluer le degré de vulnérabilité des proches aidants (épousement, problèmes de santé, problèmes financiers, etc.) afin de déterminer si cette personne est en mesure de jouer adéquatement son rôle.

Tous ces efforts de concertation avec les ressources présentes dans l'entourage immédiat des aînés illustrent bien l'importance des partenaires et leur rôle dans le succès des interventions réalisées dans le cadre du travail de milieu auprès des aînés vulnérables. C'est pourquoi la prochaine section leur est consacrée.

3.4 – LES PARTENAIRES : UNE CLÉ ESSENTIELLE À LA RÉUSSITE DU TRAVAIL DE MILIEU

Presque tous les organismes consultés insistent sur une valeur organisationnelle particulière : la concertation continue avec les acteurs communautaires et institutionnels locaux. Tous s'entendent sur l'importance de miser sur une culture organisationnelle qui favorise déjà la concertation continue et qui associe la concertation à un investissement plutôt qu'à une contrainte. Selon les porte-parole de ces organisations, la participation aux comités locaux de concertation permet de provoquer une mobilisation de la communauté sur les enjeux concernant la qualité de vie et l'isolement des aînés vulnérables et fragiles. Au-delà de la valorisation d'une concertation locale assez large, plusieurs reconnaissent l'importance d'arrimer une concertation plus étroite avec quelques partenaires-clé ou névralgiques en les mobilisant au sein des comités de suivi des ITMAV, qui valoriseraient notamment la réflexion sur les enjeux, le soutien-conseil au travail de milieu, et une implication dans l'émergence de nouvelles réponses à des besoins dépités par les intervenants de milieu.

Les travailleurs de milieu travaillent quotidiennement avec des constellations de partenaires qui varient d'un milieu à l'autre. S'il est une condition essentielle à la réussite de ce type d'intervention, le partenariat avec les acteurs du milieu, qu'ils soient institutionnels, communautaires ou privés, constitue l'un des points les plus névralgiques du travail de milieu.

Si on ne peut se passer d'eux, il faut se résigner à résoudre de manière acceptable, pour toutes les parties, la délicate question de la gestion des ententes avec les partenaires et s'assurer qu'ils reconnaissent la particularité de ce type d'intervention. On signale aussi l'importance de bien respecter les potentiels et les limites des partenaires. On doit savoir s'ajuster à l'évolution de la dynamique locale des ressources, incluant l'émergence et/ou la disparition d'organismes locaux qui représentent des partenaires privilégiés. À ce propos, nous croyons nécessaire de tenir compte des difficultés, des défis et des enjeux que pose le partenariat avec des acteurs différents, ayant parfois des intérêts contradictoires et obéissant à des logiques différentes.

3.4.1 – Les enjeux du partenariat en travail de milieu

Le partenariat soulève trois grands enjeux : un enjeu de reconnaissance de la spécificité du travail de milieu auprès des aînés vulnérables, un enjeu de préservation de l'autonomie professionnelle de la pratique du travail de milieu et un enjeu lié au risque d'instrumentalisation du travail effectué par les intervenants de milieu.

3.4.1.1 – Une spécificité à faire reconnaître

Un enjeu du partenariat, couramment soulevé par les partenaires eux-mêmes, concerne la reconnaissance de la spécificité de chacun des partenaires. Les professionnels parlent d'un enjeu identitaire lié à la reconnaissance de la spécificité de leur approche et mode d'intervention. Dans le cas du travail de milieu auprès des aînés vulnérables, comme dans

toutes les formes de travail de proximité, l'établissement de partenariat avec les ressources du milieu, en particulier avec les ressources institutionnelles et privées, implique une reconnaissance de la singularité des pratiques mises en œuvre par les intervenants de milieu. Dans leurs travaux sur le modèle de développement du pouvoir d'agir et sur la culture professionnelle développée par les travailleurs de rue, Le Bossé (2009) et Fontaine (2003) soulignent les particularités qui distinguent ce type d'intervention :

- ❖ *Une posture professionnelle non traditionnelle qui va à l'encontre des approches auxquelles les autres acteurs sont habitués, en particulier si ces interventions s'inscrivent dans une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir de la personne âgée (Le Bossé et coll., 2009).*
- ❖ *Une approche qui ne s'entend pas très bien avec une logique normalisatrice de l'intervention, ce qui peut déplaire ou choquer certains acteurs davantage habitués à gérer des mandats de prise en charge thérapeutiques ou de contrôle social (Fontaine, 2003).*
- ❖ *Une position qui conteste ou s'objecte aux conceptions plus normatives de l'intervention, monnaie courante en milieu institutionnel, pouvant occasionner des difficultés d'ajustements avec les intervenants de ces milieux (Fontaine, 2003).*

Il est important de préciser que, de l'avis même des intervenants qui pratiquent le travail de milieu auprès des aînés vulnérables, les partenaires, qui ont habituellement une conception plus normative de l'intervention ou des mandats de contrôle social et de maintien de l'ordre, sont en général moins normatifs, directifs ou autoritaires, dans leur attitude à l'endroit des travailleurs qui interviennent auprès des aînés. La situation est bien différente dans le cas des travailleurs de rue qui interviennent auprès des jeunes itinérants.

3.4.1.2 – Une place à prendre, une autonomie à préserver

Dans le contexte particulier du travail de milieu auprès des aînés, l'enjeu fondamental des relations avec les partenaires consiste à permettre au travailleur de milieu de prendre sa place dans le continuum de services offerts aux aînés vulnérables. Cet enjeu est aussi observé dans les autres formes de travail de proximité auprès d'autres groupes vulnérables de la société (Fontaine 2007). Cet enjeu engage des efforts visant à :

- ❖ *Aller au-delà de l'attitude corporatiste de certains partenaires, dépasser l'incompréhension mutuelle et l'apparence de conflits, et convaincre ceux-ci de la spécificité et du caractère complémentaire du travail de milieu (Fontaine, 2007; Fontaine, 2003; Duval et Fontaine, 2000).*
- ❖ *Préserver l'autonomie et la marge de manœuvre de l'intervenant (Fontaine, 2003).*

- ❖ *Maximiser les relations constructives avec les autres acteurs et ne pas avoir peur de confronter ses idées; voir cette confrontation comme une richesse plutôt qu'un obstacle ou un affrontement stérile (Fontaine, 2003).*
- ❖ *Faire accepter le principe de l'égalité entre tous les acteurs-partenaires prenant part à l'intervention, leur faire accepter le renversement des rapports traditionnels plus hiérarchiques que l'on observe habituellement entre les experts et les usagers (Lemay, 2007).*

3.4.1.3 – Une instrumentalisation à éviter

Dans les sections précédentes, la démonstration a été faite que le modèle de développement du pouvoir d'agir ou l'approche centrée sur l'*empowerment*, à laquelle souscrivent de nombreuses initiatives de travail de milieu, réfère à un concept très subjectif, laissant place à une large part d'interprétation, et est repris par une diversité d'acteurs aux intérêts divers, voire contradictoires (Parazelli, 2007).

- ❖ *Dans ce contexte, l'enjeu du partenariat, en particulier avec les acteurs institutionnels, consiste à éviter le risque, bien réel, que le travail de milieu puisse servir à instrumentaliser ou à prolonger hors murs des mandats institutionnels, qui ne relèvent pas des intervenants de milieu (Fontaine, 2003).*

3.4.2 – Des collaborations diversifiées à des fins multiples

Le principe de « non-dédoublément » incite les intervenants de milieu à miser sur des contributions de plusieurs partenaires communautaires, institutionnels ou privés oeuvrant dans le milieu. Certaines contributions ne s'imposent que ponctuellement. D'autres s'avèrent plus critiques, dans la mesure où elles sont plus directement liées à la viabilité et au meilleur impact des interventions de milieu. L'intervenant de milieu mise sur des contributions diversifiées, ce qui exige de sa part une très bonne connaissance des organismes, services et intervenants oeuvrant dans la communauté (Cloutier, 2008).

Ces partenariats et collaborations visent une diversité d'objectifs. Ils ne reposent donc pas sur des mécanismes uniformes de gestion ou de coordination. Par exemple, de nombreux partenaires sont strictement de référence (ex.: ligne d'écoute). Au-delà d'un contact préliminaire de sensibilisation, aucun mécanisme de gestion n'est requis pour assurer le bon fonctionnement de la collaboration dans de tels cas. D'autres partenaires exigent des ententes plus formelles de collaborations, comme c'est le cas par exemple avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Sur la base des initiatives de travail de milieu observées, on peut regrouper les partenaires en trois catégories. Une première catégorie est constituée d'un noyau de partenaires névralgiques variés. Une deuxième catégorie comprend une diversité de partenaires périphériques mais récurrents. Une troisième catégorie est composée de partenaires périphériques mais sur une base ponctuelle. L'importance relative des divers partenaires et la complémentarité entre ces divers collaborateurs varient d'un milieu à l'autre, selon la nature des interventions de milieu et selon le diagnostic des besoins dans le milieu de vie.

3.4.2.1 – Les partenaires névralgiques ou critiques

Certaines de ces contributions plus critiques sont associées à des partenariats plus formels, reposant sur des ententes plus spécifiques et interpellant des efforts de liaisons continus. Ces collaborations sont exploitées à des fins de référence ou dans le dessein de susciter l'offre ou l'émergence de réponses à des besoins dépistés (Cloutier, 2008).

Certains acteurs sont quasi incontournables et représentent des partenaires névralgiques. C'est le cas, par exemple, de certains programmes et services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. L'expérience prouve que toute intervention de milieu doit encadrer la liaison, le soutien et la complémentarité des actions avec le réseau local de santé et de services sociaux dans un « partenariat critique ». Les activités des intervenants de milieu en matière de veille, de dépistage, de référence et d'accompagnement sont reconnues pour leur impact sur la qualité de vie des personnes vieillissantes, et particulièrement pour leur capacité à prévenir une dégradation prématurée de l'autonomie des aînés.

En ce sens, les intervenants de milieu sont des partenaires significatifs dans une vision de réseau local intégré de services, laquelle cherche à valoriser la complémentarité des interventions visant à maintenir et hausser la qualité de vie d'une population, nonobstant les réserves émises sur le danger de récupération.

L'expérience de Projet Changement (2007) démontre que la viabilité des interventions de milieu repose également sur un partenariat « critique » avec un Centre communautaire pour aînés. Souvent, un tel centre est promoteur de l'intervention de milieu, mais lorsque ce n'est pas le cas, l'expérience prouve l'importance d'établir un partenariat privilégié avec un centre communautaire pour aînés local. Bien qu'il interagisse fréquemment avec une diversité de partenaires, l'intervenant de milieu oeuvre essentiellement en solo. En établissant un partenariat privilégié avec un centre communautaire pour aînés, l'intervenant de milieu jouit d'un point d'ancrage dans un organisme ayant une précieuse expertise en matière de relation avec des aînés et de promotion de la socialisation des aînés.

Outre les centres de santé et de services sociaux, les centres locaux de services communautaires et les centres communautaires pour aînés, d'autres acteurs ou organisations peuvent s'avérer être des collaborateurs ou des partenaires essentiels à l'intervention. C'est le cas, par exemple, des offices municipaux d'habitation, des gestionnaires de tours d'habitation ou de résidences

pour aînés, des organismes d'aide et de soutien aux aînés, des associations de défense des droits des aînés, pour n'en nommer que quelques-uns. Tout dépend de la situation et du contexte dans lequel intervient le travailleur de milieu. Dans le cas, par exemple, d'une personne âgée maltraitée ou abusée, le service de police local peut devenir un partenaire incontournable de l'intervention.

Les partenariats « critiques » reposent en général sur des mécanismes de gestion et de coordination plus formels. Tous les intervenants d'expérience, impliqués et consultés dans le cadre de l'étude du Projet Changement (2007), s'entendent sur le fait que la liaison, le soutien et la complémentarité avec les institutions de santé et de services sociaux doivent être encadrés dans un partenariat de nature « critique ». L'intérêt de la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux ne se limite d'ailleurs pas à la collaboration optimale avec les intervenants du milieu communautaire, mais couvre également la promotion et la valorisation de ce type d'intervention afin d'en favoriser l'émergence.

3.4.2.2 – Les partenaires périphériques récurrents

Les intervenants de milieu sont aussi appelés à travailler en collaboration avec divers partenaires plus périphériques, que ce soit sur une base récurrente ou ponctuelle. Ces partenaires sont très diversifiés et apportent des contributions variées, certains au plan du dépistage, d'autres en matière de référence, d'autres en réponse à des besoins.

Il y a, bien entendu, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale oeuvrant auprès des personnes âgées ou leur offrant différents services, les popotes roulantes, les organismes oeuvrant en sécurité alimentaire, les organismes combattant l'exclusion sociale et les organismes faisant la promotion du logement social. On retrouve aussi les organismes offrant des soins corporels, les coopératives en soutien à domicile, les grands regroupements d'organismes ou d'associations pour les aînés, les associations de défense des droits des retraités, le protecteur du citoyen, l'aide juridique, les arrondissements et les services publics municipaux, incluant les services de police et de sécurité, les conseillers et les députés des divers paliers de gouvernement, etc. On compte également les organismes communautaires spécialisés (en alphabétisation, en soutien aux malvoyants, en soutien au deuil, en soutien informatique), les organismes impliqués dans le transport adapté et le transport médical, les centres de femmes, les comités sur le logement et les comités sur l'emploi. S'ajoutent à cette liste la Ligne Info-abus et les autres services d'écoute, Tandem, les centres de prévention du suicide, les cliniques médicales privées, les OSBL en théâtre et animation populaire, etc. Sans oublier les organismes de concertation, les Tables de personnes âgées en perte d'autonomie, les Clubs d'âge d'Or et les *leaders* naturels du milieu.

Avec les partenaires périphériques plus récurrents, considérés comme « importants », des activités de vulgarisation, de promotion et d'information sur l'évolution de l'intervention, sont requises. Les mécanismes formels ne sont toutefois pas souhaitables. Un calendrier d'interactions ponctuelles semble être une mesure suffisante pour répondre aux besoins de gestion de cette catégorie de partenariat.

3.4.2.3 – Les partenaires périphériques ponctuels

Dépendamment de la situation et du contexte de l'intervention, les collaborations avec les partenaires périphériques peuvent aussi se faire sur une base occasionnelle. La capacité des intervenants de milieu à interpeller les contributions ponctuelles exige de leur part une très bonne connaissance des organismes, services et intervenants oeuvrant dans la communauté. Elle dépend aussi d'un effort minimal de promotion et de vulgarisation, permettant de bien sensibiliser des collaborateurs ponctuels aux bénéfices d'actions complémentaires.

Ces partenariats ponctuels peuvent prendre la forme de liens significatifs avec des commerçants, afin qu'ils puissent jouer un rôle de partenaires multiplicateurs, notamment au profit d'un meilleur repérage d'aînés vulnérables. Ces collaborations peuvent aussi prendre la forme de partenariats de réciprocité avec des organismes ayant déjà des entrées ou des liens avec les aînés visés (ex. : organisme offrant une *soupe populaire*). Ces collaborations peuvent aussi se manifester à travers des partenariats établis avec des entreprises d'économie sociale (ex. : entretien ménager) pour favoriser l'accès aux aînés isolés vivant dans des logements privés ou dans leur propre maison.

3.4.3 – La nature des relations avec les partenaires

Le constat principal d'une évaluation du travail de proximité dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006 : 69), est que, dans une très large mesure, les partenaires sont très positifs quant à l'évaluation qualitative du travail effectué par les intervenants de milieu. On reconnaît à la fois l'humanisme et le professionnalisme des intervenants, une bonne crédibilité des organismes de coordination et la qualité des ressources. Les commentaires négatifs sont plutôt rares et sont difficilement généralisables à l'ensemble des interventions.

On note que les collaborations sont de plus en plus multidisciplinaires. La diversité des partenaires et des problématiques touchées l'illustre bien. Les travailleurs de proximité s'associent également à des degrés divers à plusieurs activités de promotion-prévention et y participent à titre d'intervenants significatifs. Selon les partenaires, les interventions dans la rue et dans les milieux de vie répondent aux rôles et services attendus : information, promotion – prévention, écoute, dépistage, référence, éducation, encadrement, filet de sécurité des interventions.

Selon l'évaluation perceptuelle des partenaires interrogés, les interventions remplissent bien leur mandat d'autant plus que les ressources leur apparaissent compétentes, professionnelles, discrètes et respectueuses des missions et interventions des autres organisations. Les relations sont rarement conflictuelles et les liens sont personnalisés, ce qui incite les intervenants à établir des ententes sur une base informelle (Pomerleau, 2006 : 70).

En très forte proportion, les ententes qui lient les partenaires sont informelles. Diverses raisons peuvent expliquer cette réalité. Plusieurs intervenants rappellent que peu d'ententes sont formalisées car il est souvent plus facile de délivrer rapidement des services sur mesure (ce dont plusieurs personnes rejointes ont besoin) par des procédures informelles. Les ententes formelles sont évitées autant que possible parce qu'elles s'accompagnent souvent de lourdeurs administratives. C'est pourquoi plusieurs ententes sont établies sur la base de contacts personnalisés, répondant à des besoins particuliers. Bien sûr, ces ententes se concrétisent grâce à la bonne volonté des personnes en place, qui seront elles-mêmes soutenues ou freinées, selon le cas, par la culture organisationnelle et le degré de réceptivité aux demandes des travailleurs de milieu. Bref, les partenariats sont à géométrie variable. Ce sont d'abord les individus en place et les liens de confiance établis entre les intervenants qui sont les principales assises pour des collaborations adaptées aux besoins des personnes rejointes. Le réseautage est un allié et même un levier du travail de milieu (Pomerleau, 2006 : 70-71).

Certaines réalités peuvent nuire par contre à la mise en place d'ententes. Selon certains intervenants, l'élaboration de ces ententes exige du temps qu'il faut soustraire de la présence terrain. Pour d'autres, c'est leur autonomie qui est mise en péril par l'instauration des ententes formelles. Une autre limite observée renvoie au roulement de personnel dans les organisations. Ce changement de chaises, auquel on assiste fréquemment tant dans le réseau institutionnel que communautaire, oblige les responsables du travail de milieu à ajuster en temps réel les arrimages et les ententes qui en découlent.

Tout en reconnaissant l'indéniable apport des interventions de proximité dans la rue et dans les milieux de vie à l'offre locale des services sociaux, les partenaires interrogés admettent que plusieurs organisations méconnaissent le service. C'est là un des effets pervers du manque de formalisation des ententes. Les ententes formelles engendrent une reconnaissance des ressources et du travail réalisé. On établit les rôles respectifs; on précise les attentes; on partage les responsabilités. On peut fixer les objectifs à atteindre, examiner les résultats, en expliquer les écarts et apporter les correctifs jugés pertinents aux contextes de l'intervention. On augmente aussi la visibilité du travail effectué par les intervenants de milieu au sein même de l'organisme partenaire, ce que permettent moins les ententes informelles. On peut également assurer une certaine stabilité opérationnelle si les ententes perdurent au-delà des individus (Pomerleau, 2006 : 71-72).

Ce qu'il faut retenir des observations recueillies de l'étude menée au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006 : 72), c'est que même si les interventions de proximité dans la rue et les milieux de vie se vivent dans le ici et maintenant, et qu'il nécessite parfois des interventions à très court terme (le jour même, le lendemain), le travail de milieu doit, lui, s'établir dans la continuité. À cet égard, il requiert des modalités de partenariat qui doivent elles aussi s'inscrire dans le temps. Par définition, une entente informelle sera moins sujette à une évaluation formelle et signifiera intangibilité : moins de visibilité, moins d'influence, moins de continuité.

L'expérience démontre toutefois que l'application des ententes est proportionnelle à leur simplicité, les rapprochant ainsi de la flexibilité des ententes informelles. Ces ententes, de

nature simple, ne devraient en aucun temps réduire le nombre d'ententes informelles toujours nécessaires et pertinentes, ni hypothéquer l'autonomie de l'organisation. Rappelons enfin que la nature même du travail effectué dans la rue et les milieux de vie fait appel à la création de liens informels entre l'intervenant et le milieu. Mais l'efficacité de son action est tributaire de sa capacité à établir des collaborations durables avec ses partenaires (Pomerleau, 2006 : 73).

3.5 – LA VALEUR AJOUTÉE DES ITMAV

Le travail de milieu auprès des aînés vulnérables a refait surface d'abord et avant tout à partir des initiatives du milieu communautaire. D'où sa spécificité par rapport aux actions menées dans le réseau institutionnel de la santé et des services sociaux. Très souvent, les aînés ciblés par le travail de milieu ne sont pas des utilisateurs du réseau. Un principe de « non-dédoublement » avec ce qui se fait ailleurs vient ainsi baliser la valeur ajoutée des ITMAV, au sein d'un continuum de ressources et de services offerts dans la communauté par les intervenants tant publics que privés ou communautaires. En un mot, l'intervenant de milieu fait ce que les autres ne font pas ou n'ont pas les moyens de faire, particulièrement au niveau du dépistage et des démarches suivies de reconnexion au milieu.

Une des valeurs ajoutées des ITMAV réfère à leur potentiel en matière de « veille » et de « repérage », qui peut aussi être vu comme une condition de succès du travailleur de milieu à couvrir un milieu donné. La force d'une ITMAV résiderait ainsi dans sa capacité minimale à assumer une veille et du repérage dans un milieu visé. Lorsque cette capacité devient trop restreinte voir nulle, une ITMAV perd une partie de sa valeur ajoutée. En oeuvrant dans le milieu de vie des aînés, en le dynamisant, en le connectant et l'ouvrant sur sa communauté, l'intervenant de milieu se retrouve dans une position privilégiée afin d'assumer une veille. Il le fait par des actions directes qui prennent la forme de tournées régulières, autant que par l'interaction avec une diversité d'intervenants ou de partenaires qui agissent plus ponctuellement dans le milieu de vie. En misant sur un contact humain, dépourvu de toute lourdeur associée à des normes institutionnelles, l'intervenant de milieu jouit d'un avantage pour établir des relations de confiance avec des aînés qui sont fragilisés ou vulnérables, ou qui craignent les relations avec des ressources plus formelles du secteur public ou même communautaire. Cet avantage favorise son efficacité, non seulement en matière de veille et de dépistage, mais également en termes d'accompagnement dans des démarches de démystification et de reconnexion aux ressources.

Une autre valeur ajoutée des ITMAV concerne le rôle de catalyseur que joue l'intervenant sur deux fronts principaux. D'une part, il le joue dans une perspective de référence. Sa capacité d'écoute et de suivi lui permet de dépister les besoins d'aînés, dont la vulnérabilité est souvent associée à un repli sur soi ou même à une difficulté à exprimer ses besoins. Sa connaissance des ressources publiques, privées et communautaires, associées à diverses expertises, lui permet de référer les aînés plus vulnérables vers les bonnes ressources. À l'occasion, il accompagne un aîné lors de son premier contact avec une ressource appropriée. D'autre part, l'intervenant de milieu joue un rôle de catalyseur en interpellant des ressources de la communauté pour offrir des services et activités répondant aux besoins dépistés. Les services ou activités peuvent

répondre à des besoins individuels (soins personnels, alimentation, aide domestique, travaux plus lourds, etc.) ou collectifs (activités d'information, de prévention et de sensibilisation, cliniques, activités physiques ou de socialisation, etc.). Quand aucune ressource n'offre de réponse à un besoin dépisté, l'intervenant de milieu joue son rôle de catalyseur en favorisant la concertation puis la réflexion de partenaires du milieu, en vue de favoriser l'émergence d'une réponse au besoin visé. La valeur ajoutée d'une ITMAV se situe donc au niveau d'une « zone grise », dans laquelle ni les ressources du milieu ni l'aîné ne sont en mesure d'identifier l'existence du besoin ou de sa réponse.

Une autre valeur ajoutée des interventions dans les milieux de vie consiste en la capacité des intervenants de circonscrire les besoins méconnus des aînés vulnérables dans les milieux d'intervention visés. Le travail de milieu a une conception du concept de vulnérabilité qui va au-delà des seuls impacts de la perte d'autonomie : les épreuves psychologiques engendrent aussi une vulnérabilité, parfois d'aînés plus jeunes. Cette lecture plus précise des besoins des aînés vulnérables, modulée en fonction de la diversité des états et des processus de vulnérabilisation et de fragilisation ainsi que des situations à l'origine de ces états et processus, permet de clarifier les interventions à mener et d'y associer des indicateurs de suivi pertinents.

Ces quelques commentaires sur la valeur ajoutée ne font pas que souligner les grands impacts (bénéfiques) recherchés; ils démontrent aussi la spécificité de cette pratique. La lecture théorique de ces derniers contribuera à une prochaine étape qui consistera à identifier des indicateurs permettant de les mesurer.

En terminant, il convient aussi de préciser que le travailleur de milieu n'est pas là pour faire le travail à la place des professionnels du réseau institutionnel. Les travailleurs de milieu sont d'abord et avant tout des collaborateurs, en complémentarité avec le réseau de la santé (et non des substituts). Le travail de milieu est là d'abord et avant tout en réponse aux besoins de la communauté, strictement en complémentarité avec le réseau de la santé. Si le travailleur de milieu consacre une partie de son travail à des activités de « veille » et de « repérage », il le fait en complémentarité avec le réseau, et non comme une alternative « en remplacement » du réseau. Le travailleur de milieu n'est pas là non plus pour faire des plans de services individualisés (PSI) ou des plans d'intervention (PI); il est seulement un partenaire de ceux qui font des plans de services ou des plans d'intervention.

On se doit d'être vigilant et de faire attention au risque de « *dumping* ». Soyons clair, l'objectif du travail de milieu ne vise pas explicitement une diminution de la demande formelle de services du réseau, mais vise plutôt à prévenir, dans la mesure du possible, une détérioration prématurée ou trop rapide de la qualité de vie d'une personne aînée, et si possible, retarder une demande précoce aux ressources/services les plus lourds. On ne doit pas se contenter d'une simple logique de complémentarité avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Cette logique de complémentarité doit d'abord respecter l'esprit d'une action communautaire autonome, et conséquemment doit éviter de tomber dans un piège de « sous-contractant » du réseau de la santé et des services sociaux.

Il est donc important de provoquer une réflexion chez les partenaires, en particulier les partenaires institutionnels, sur le rôle exact des intervenants de milieu dans le processus d'intervention auprès des aînés vulnérables. Ce cheminement des acteurs du réseau ne va pas de soi : il peut y avoir de la résistance au départ, mais il semble réaliste d'amener ses partenaires à évoluer dans le sens d'une reconnaissance graduellement plus forte. Un des moyens d'y parvenir consiste à identifier des interlocuteurs-pivot qui sauront eux-mêmes provoquer l'évolution de la réflexion au sein de l'organisation ou de l'institution.

CONCLUSION

CONDITIONS DE SUCCÈS ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, nous espérons que ce cadre théorique saura convaincre les partenaires et les bailleurs de fonds de la spécificité des pratiques qui caractérisent le travail de milieu auprès des aînés vulnérables et de la valeur ajoutée que celles-ci représentent. Conformément aux paramètres qui en ont guidé l'élaboration, nous souhaitons que tout en ayant une portée théorique, il saura mobiliser les organismes qui mènent de telles initiatives autour d'une définition commune et d'une identité valorisante, et qu'il contribuera à consolider une structure unificatrice de ce type d'initiatives, en précisant les pratiques d'intérêt et autres modalités concernant la gestion et l'opérationnalisation de ces initiatives.

Ce cadre théorique permettra aussi à l'AQCCA de tenir compte des lignes de force qui émergent dans la conclusion d'un autre exercice concurrent visant à définir une proposition de profil de compétences d'un travailleur de milieu œuvrant auprès d'aînés vulnérables. Ce cadre théorique se veut d'autant plus utile à l'élaboration d'un tel référentiel de compétences qu'il met en valeur, sur la base d'une recension sélective d'écrits québécois et étrangers sur l'approche milieu et les différentes formes de travail de proximité, les impacts qualitatifs visés par les initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables.

En nous référant à une étude sur l'implantation du travail de proximité dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006), nous concluons sur les conditions gagnantes à réunir pour garantir la réussite des ITMAV. À la lueur des informations, des analyses et des discussions sur le travail de proximité, tel qu'il est pratiqué au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006 : 95), il est possible d'identifier les conditions favorables à la mise en place de telles initiatives. Ces conditions concernent les ressources humaines, l'encadrement du travail de proximité, les interventions, les collaborations avec les partenaires, les capacités d'agir face aux problématiques et aux groupes cibles et le financement.

De l'avis même des intervenants consultés, le travail de milieu repose d'abord et avant tout sur les compétences de ses ressources. Ces compétences s'appuient sur une formation de base, des activités de perfectionnement et de ressourcement, un savoir-être et une stabilité de l'emploi. Les activités de perfectionnement et de ressourcement sont incontournables, tant pour acquérir de nouvelles habiletés en intervention que pour mieux connaître les objets d'intervention et les nouvelles réalités terrain. Le ressourcement apparaît comme un élément important dans le cheminement professionnel des intervenants consultés. Des rencontres régulières entre eux portant sur divers aspects du travail devraient être soutenues. Le recours à des mentors et des personnes ressources est recommandé. Quant au savoir-être, les travailleurs de milieu doivent démontrer d'excellentes qualités relationnelles basées sur le respect des personnes et des institutions, sur des approches humanistes et sur une attitude positive et dynamique. Quant à la stabilité de l'emploi, nécessaire à l'intégration dans le milieu, au maintien des expertises et à l'augmentation de l'efficacité, c'est le talon d'Achille des initiatives de travail de milieu.

Selon les gestionnaires, les organisations sont constamment à la recherche de nouvelles sources de financement. Cette instabilité des ressources nuit d'ailleurs à la reconnaissance du travail de milieu comme une intervention fiable et efficace à la communauté (Pomerleau, 2006 : 95-96).

Un autre aspect des conditions de succès réside dans un encadrement adéquat. L'organisme porteur ou d'attache doit soutenir son ou ses intervenants de milieu en leur assurant l'accès à des ressources spécialisées et en leur fournissant les outils et les conditions de travail adaptés à la nature du travail accompli. Il est recommandé de recourir à des ressources externes qui pourront encadrer professionnellement les travailleurs de milieu dans leur pratique. Un *coaching* de départ est essentiel à l'insertion d'un nouveau travailleur de milieu sur le terrain. La supervision clinique est aussi recommandée comme élément incontournable de l'équilibre professionnel et personnel du travailleur de milieu. Si les travailleurs de milieu (et par le fait même leur organisme d'attache) adhèrent à un ou des codes d'éthique régissant les modalités de l'intervention, il apparaît que toutes les organisations ne voient pas leur rôle ou leurs approches de la même manière. De plus, la prolifération des ITMAV, sans critères spécifiques d'encadrement ni cibles précises, oblige à la prudence (Pomerleau, 2006 : 96-98). Si cette diversité des pratiques représente une richesse, il est souhaitable que le cadre théorique de référence, faisant l'objet de ce document, puisse servir à définir les balises qui favoriseront la consolidation, le développement et la reconnaissance des ITMAV.

Une autre condition de succès soulevée dans l'étude sur le travail de proximité au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006) concerne l'autonomie des intervenants de milieu ainsi que la flexibilité des interventions. Les intervenants consultés soutiennent que la flexibilité des interventions facilite leur adaptation aux situations. Il est quand même important, selon eux, d'établir des routines terrain pour s'intégrer progressivement dans le « paysage » et faire partie de la vie quotidienne du milieu. Ils sont aussi d'avis qu'il faut respecter les zones d'intervention et les mandats des autres intervenants. Pour eux, le travail d'équipe est un pilier de l'intervention sur le terrain. L'équipe est fondamentale à une action efficace. Ils la voient comme un lieu de validation des pratiques, de partage des expériences et des sentiments, d'études de cas, de soutien professionnel et moral. Utile pour reconnaître la pertinence des ITMAV, la mesure des résultats est également nécessaire, selon les intervenants et les partenaires, pour moduler les interventions en fonction de l'évolution des besoins. Toutefois les indicateurs de mesure sont à définir et ceux-ci devront tenir compte du contexte d'intervention. Chose certaine, selon les intervenants, l'établissement d'indicateurs adaptés pour mesurer l'efficacité et l'efficience des interventions menées dans les milieux de vie est incontournable et incombe tant aux travailleurs de milieu et aux gestionnaires qu'aux partenaires et aux bailleurs de fonds (Pomerleau, 2006 : 98-99).

Selon les intervenants, le travail de milieu auprès des groupes vulnérables n'incombe pas qu'aux seuls travailleurs et travailleuses de milieu. C'est une responsabilité collective, d'autant plus que la tâche est colossale. D'où la nécessité de tisser des liens durables entre tous les partenaires, incluant la population en général et les aînés en particulier.

Si la plupart des ententes s'établissent sur des contacts personnalisés, les intervenants, gestionnaires, et partenaires consultés croient à l'importance d'un Cadre théorique pour contribuer à la consolidation et à la reconnaissance de l'intervention. Le présent Cadre sera en effet une précieuse référence qui permettra aux organismes porteurs et à leurs partenaires de camper leur collaboration sur des assises plus claires concernant les objectifs, les rôles respectifs, et les grandes modalités de fonctionnement et de communication. Cet outil commun favorisera une certaine formalisation. Toutefois, formalisation ne signifie pas une uniformisation des pratiques. La diversité des pratiques et les cultures locales doivent être au coeur de la réponse aux besoins de chaque milieu.

Des intervenants soulignent par ailleurs la difficulté à se faire reconnaître à leur juste valeur. Ils attribuent cette difficulté au caractère novateur et multiforme de cette approche et au fait qu'elle n'est pas identifiée légalement à un ordre professionnel. Selon eux, le travail de milieu manque d'appuis politiques et une importante tâche de communication est à faire (Pomerleau, 2006 : 100). La promotion du présent Cadre constituera un effort de communication qui encouragera les partenaires à mieux reconnaître la valeur ajoutée du travail de milieu auprès des aînés vulnérables.

Les conditions de succès comprennent également la capacité d'agir face aux problématiques sociales et aux groupes vulnérables. Selon les intervenants consultés, ils sont fortement sollicités et parfois laissés à eux-mêmes dans la tentative de soutenir des personnes qui sont sorties du système. Il faut donc que les organismes puissent s'accorder les moyens de livrer la marchandise, de réaliser leur mandat dans des conditions acceptables. Outils d'intervention, connaissance des besoins, connaissance des ressources, perfectionnement, concertation et partage d'expertises sont autant de moyens à consolider, selon les intervenants, pour une action crédible et efficace. Cette étude soulève aussi l'importance de tenir compte des particularités du travail de milieu lorsque que celui-ci se pratique en région, où le territoire à couvrir est étendu, rendant ainsi la présence significative plus difficile à assurer. L'appui des partenaires dans ces milieux est d'autant plus important qu'il augmente la capacité d'être en contact avec les personnes ciblées (Pomerleau, 2006 : 101).

Évidemment l'atteinte de ces conditions passe par un financement adéquat et stable, d'où l'importance de convaincre les bailleurs de fonds de la valeur ajoutée des ITMAV. Il serait souhaitable que les budgets soient récurrents favorisant ainsi la stabilité des interventions menées dans le milieu, tout en dégageant en partie les gestionnaires d'attache ou porteurs pour la recherche de financement dans leur propre milieu. Selon les intervenants de proximité et les gestionnaires consultés au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Pomerleau, 2006 : 102), l'élaboration d'un cadre de financement, visant à atteindre ces objectifs et à identifier les sources potentielles de financement, serait un élément structurant.

ANNEXE 1

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ

Action Séro Zéro :

Les pratiques de proximité dans les milieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels

Description de l'intervention : Les pratiques d'Action Séro Zéro consistent à faire de la sensibilisation et de la prévention sur le SIDA et les autres maladies transmises sexuellement dans les lieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels : saunas, bars, parcs publics, *sexclubs*, *peep-shows*, grands événements. L'intervention repose sur la création d'un espace dialogique, l'approche personnalisée et l'écoute active. La finalité des interventions n'est pas prédéterminée, laissant une pluralité de possibilités aux individus de construire le sens donné à l'intervention, qui demeure ainsi rattachée à des objectifs définis par les individus eux-mêmes; il ne s'agit pas de s'ingérer dans la vie des personnes pour défendre des intérêts étatiques. Action Séro Zéro vise une pratique participative et potentiellement démocratisante, visant à aider les individus à répertorier, intégrer et améliorer les différentes facettes de leur vie intime. Cette pratique est animée par la volonté de se rapprocher des populations, de créer des liens significatifs avec les individus dans les milieux de socialisation qu'ils fréquentent et de favoriser le dialogue et la réflexion sur divers thèmes liés à la santé et au mieux-être, dans une optique de promotion de la santé globale par le biais d'une démarche autonome de changement social.

Objectif(s) de l'intervention : Les pratiques de proximité d'Action Séro Zéro visent à rejoindre les individus dans leurs milieux afin de les accompagner dans un processus de réflexion, de les informer et de leur proposer des pistes de développement personnel. L'intervention vise à accroître les capacités à faire des choix éclairés, via un contact direct établi sur une base volontaire et participative.

Modèle d'intervention développé : L'approche privilégiée consiste à adapter les interventions de prévention, via le travail de proximité, aux contextes et aux dynamiques interpersonnelles qui caractérisent ces milieux. Les interventions prennent la forme de création d'activités ludiques, humoristiques et accrocheuses pour capter l'attention, favoriser des moments d'interaction et d'échange, dépasser la gêne de discuter de sexualité. Les messages de prévention et de promotion sont diffusés à l'aide de déguisements, de bannières, de projections, de matériel à distribuer et d'accessoires divers. Ces interventions s'appuient sur une analyse des parcours festifs des participants pour y implanter un éventail d'interventions individuelles visant à les rejoindre à des moments où ils sont réceptifs. Des présences parallèles sont également assurées à l'extérieur des grands rassemblements : bars, saunas, *sexclubs*, internet.

Questionnement soulevé par l'intervention : Cette prise de contact via une exploration dialogique dans la sphère intime crée une certaine ingérence dans la vie privée de ces personnes. Est-ce acceptable ? Est-ce trop intrusif ? Chose certaine, le risque d'intrusion dans l'intimité individuelle est bien réel, malgré l'adhésion des intervenants à des valeurs d'autodétermination et d'*empowerment*.

Les conséquences de l'utilisation du travail de proximité sur la vie privée, la sphère intime des populations ciblées, constitue un enjeu important. Il existe deux axes de pensée en ce qui concerne le respect de l'intimité et de la sphère privée des individus.

Selon un *point de vue pragmatique*, l'intervention se fait de façon respectueuse via l'utilisation de mécanismes déontologiques. Selon cette vision des choses, le potentiel des pratiques de travail de proximité de contribuer à la réalisation de certaines aspirations pour une société plus inclusive, égalitaire et démocratique, via l'amélioration de l'accès aux services adaptés aux besoins exprimés, contrebalance les risques d'ingérence inappropriée dans la vie privée. Une prise de contact adaptée, socialement engagée et valorisante, peut contrebalancer le risque d'importuner les individus.

Selon un *point de vue plus critique*, il y a un risque de chercher à gouverner les conduites des individus de façon aliénante en introduisant un discours autoritaire dissimulé sous un objectif d'empowerment. Toutefois, il serait réducteur de concevoir le travail de proximité uniquement comme une logique de disciplinarisation. Les questions relatives à l'ingérence ne sont pas propres au travail de proximité.

Leçons tirées de l'intervention :

Le travail de proximité réalisé par les intervenants d'Action Séro Zéro montre l'importance d'intervenir à la fois dans la sphère publique des milieux de socialisation et dans la sphère privée. La prise de contact et le dialogue auprès des individus dans leurs milieux de vie ainsi que l'écoute de leurs besoins et la valorisation de leur intimité peuvent jouer un rôle dans un processus de changement social visant l'amélioration de l'accès aux services de santé et l'émergence d'une santé plus inclusive.

Source : Haig, Coté et Rousseau (2009).

ANNEXE 2

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

Le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs

La clinique pour jeunes de la rue

Description de l'intervention : Cette clinique dédiée spécifiquement aux jeunes de la rue a ouvert ses portes à l'automne 2000. Au cours de l'été précédant son ouverture, deux infirmières et un psychologue ont été embauchés pour donner vie à ce projet d'équipe consacré aux jeunes de la rue. Durant une période de trois à six mois, ces intervenants ont exercé un travail de rue et de proximité. L'équipe complète est maintenant constituée de deux infirmiers (à temps plein), deux psychologues (un à temps plein et l'autre à deux jours par semaine), trois médecins (comblant quatre après-midi par semaine), d'un commis (cinq après-midi par semaine), d'un organisateur communautaire (un jour par semaine), de deux dentistes (assurant chacun un après-midi par semaine) et d'une paire-aidante (deux jours et demi par semaine). L'équipe offre des services de santé et services psychosociaux adaptés aux besoins de jeunes âgés de 14 à 25 ans vivant dans la rue, marginaux ou vivant une situation à risque de les conduire dans la rue. Ces jeunes ont accès sans rendez-vous, tous les jours de la semaine, à des consultations sociales et des soins infirmiers, entre 13h et 17h. Ils ont aussi accès sans rendez-vous, du lundi au vendredi, à une douche, à une tondeuse pour les cheveux, au service de dépannage de médicaments, à une ligne téléphonique. Ils peuvent aussi se procurer des sous-vêtements neufs et des rasoirs. L'équipe offre également des services de consultation clinique, de consultation individuelle ou de consultation de groupe aux intervenants qui travaillent auprès des jeunes dans la rue. Le travail du psychologue dans la rue se fait en complémentarité avec celui des travailleurs de rue, ceux-ci étant, à travers les liens privilégiés tissés avec ces jeunes, des agents de liaison inestimables.

Objectif(s) de l'intervention : L'équipe cherche à rester proche des jeunes et en contact avec leur culture de rue. Le but consiste à aller les rejoindre là où ils sont, soit dans les organismes communautaires qui accueillent ou travaillent avec cette clientèle et directement dans la rue. Par ses interventions axées principalement sur la réduction des méfaits (la diminution des problèmes reliés aux styles de vie des jeunes de la rue), l'équipe vise à réduire le nombre de nouveaux jeunes en difficulté qui aboutissent dans la rue. L'équipe cherche plus spécifiquement à réduire les risques associés au style de vie des jeunes et les conséquences défavorables sur leur santé physique et psychologique. Elle vise aussi à permettre aux jeunes de s'actualiser une fois sortis de la rue.

Méthodologie de recherche : Cette étude est fondée sur le récit de l'un des psychologues faisant partie de l'équipe qui témoigne de son expérience auprès des jeunes dans la rue.

Résultats ou retombées de l'intervention ou du projet : Cette approche permet de connaître et comprendre les conditions de vie dans la rue de ces jeunes. Au plan de l'intervention, cette pratique permet d'assouplir son cadre thérapeutique et de travailler en étroite collaboration avec les intervenants et les professionnels de la santé gravitant autour de ces jeunes. Elle offre l'opportunité de mettre en pratique un modèle d'intervention psychologique adapté à ces réalités.

Elle permet d'intervenir auprès des jeunes à trois niveaux : avant qu'ils se retrouvent dans la rue, lorsqu'ils y sont et après leur sortie de rue (réinsertion sociale). Elle peut servir de pont entre l'univers des jeunes de la rue et celui de la société traditionnelle, les mettre en communication et parfois même les réconcilier.

Mise en garde : Le travail auprès de cette clientèle exige une constante remise en question de soi et de sa pratique professionnelle.

Source : Doutrelepon (2006).

ANNEXE 3

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

Le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs : L'équipe itinérance-outreach

Description de l'intervention : Ce projet de *reaching out*, mené par une équipe composée de professionnels de diverses disciplines (travail social, soins infirmiers, médicaux et psychiatriques), vise à rejoindre les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves qui ont difficilement accès aux services de santé et de services sociaux. En tandem infirmière-travailleur social, les intervenants de l'équipe offrent des cliniques de rue dans plusieurs ressources et y font du dépistage. Ces cliniques ont lieu dans divers lieux publics : aires ouvertes des centres commerciaux, stations de métro, cour arrière de domiciles privés, entrées d'édifices, stationnements intérieurs et extérieurs. Les rencontres sur la rue peuvent s'échelonner sur quelques semaines, quelques mois et, dans des cas plus rares, quelques années. Toutes ces rencontres s'inscrivent dans un cheminement où, mutuellement, clients et intervenants s'approprient. La pratique de l'équipe s'enrichit de ses nombreux contacts et échanges avec ses partenaires : intervenants et bénévoles des ressources pour personnes itinérantes, équipes de suivi communautaire, policiers sociocommunautaires, agents de la sécurité du revenu, de la régie des rentes ou de tout autre organisme provincial ou fédéral, soignants et travailleurs sociaux du réseau de la santé, équipes spécialisées telles l'urgence psychosociale-justice (UPS-J), personnel de la cour du Québec, gardiens de sécurité des centres commerciaux et des édifices, responsables des maisons de chambres, simples citoyens, etc. Ces partenaires sont des témoins privilégiés. Leurs observations sont précieuses et souvent déterminantes.

Objectif(s) de l'intervention : Le but de cette équipe consiste à rejoindre cette clientèle particulièrement fragile et vulnérable qui ne fréquente aucun organisme et vit dans la rue complètement isolée du reste de la communauté, là où elle se trouve, et à l'aider à satisfaire ses besoins. Il s'agit, dans la mesure du possible, d'amener ces personnes itinérantes à fréquenter des ressources communautaires (refuge, centre de jour) afin de briser leur isolement.

Méthodologie de recherche : Ce projet, mis sur pied par l'équipe itinérance-outreach du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs, vise à étudier comment les membres de cette équipe perçoivent l'impact de leur intervention clinique auprès des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux. Ce projet vise à mieux comprendre les conditions de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux, leurs besoins, les interventions réalisées pour répondre à ces besoins et leur impact sur la qualité de vie de ces personnes. Un échantillon de convenance (52) a été sélectionné parmi les quelques 200 à 300 itinérants suivis par l'équipe. À l'aide de méthodes standardisées, la qualité de vie des participants a été évaluée à deux reprises, à six mois d'intervalle. Le processus d'intervention clinique a été évalué trois mois après la première évaluation de la qualité de vie.

Résultats ou retombées de l'intervention ou du projet : Les résultats de l'étude montre que l'intervention clinique est associée à une amélioration de la qualité de vie des itinérants souffrant de pathologies mentales graves, et ce en dépit de l'existence de multiples autres besoins non comblés.

On constate une amélioration de presque tous les aspects de la qualité de vie entre les deux mesures : symptômes, santé physique, finances, activités de la vie quotidienne. Les résultats laissent aussi entendre que la démarche de l'équipe contribue à améliorer les problèmes sociaux que vivent ces personnes, mais que les services de l'équipe *outreach* doivent être fournis de façon continue. Toutefois, l'équipe doit aussi faire face à plusieurs obstacles. Outre les obstacles bureaucratiques, ceux liés aux perceptions sont les plus difficiles à surmonter. L'obstacle majeur et particulièrement sournois est celui de la ghettoïsation de l'itinérant. En tant que professionnels de la santé, les intervenants doivent faire face à certains préjugés concernant leur travail auprès des personnes itinérantes. La notion de volontariat exigée de la clientèle représente aussi un obstacle. Enfin, les obstacles bureaucratiques lorsqu'ils ne sont pas insurmontables ralentissent et compliquent considérablement le travail de l'équipe. L'accessibilité aux soins de santé présente aussi son lot d'embûches. La gestion des dossiers psychiatriques est une autre limite, un dossier étant automatiquement fermé si la personne n'a pas consulté depuis six mois.

Leçons tirées de l'intervention : Les résultats de cette étude démontrent à quel point la réalisation d'une entrevue sur la rue, dans un parc, sous une autoroute, représente un défi à plusieurs niveaux. Il faut tenir compte de l'environnement, observer l'apparence générale de la personne, son habillement, sa posture, sa démarche, les gestes employés, son comportement, le langage utilisé ou le mutisme. Il faut aussi s'approprier mutuellement. La relation avec la personne itinérante peut aussi se faire en dents-de-scie. Elle peut être entrecoupée de pauses plus ou moins longues ou de ruptures. Il arrive que l'intervenant prenne une distance pendant un certain temps à la demande de la personne. Il arrive parfois de perdre la personne de vue ou encore de se limiter à quelques observations hebdomadaires afin de s'assurer qu'elle n'est pas en danger. Dans certains cas, la démarche est plus laborieuse. Si la personne est en danger ou très malade, une période de soins en centre hospitalier s'impose. Dès son arrivée à l'hôpital, un autre type d'intervention s'avère nécessaire : la défense de droits.

Source : Denoncourt, Desilets, Plante, Lapante et Choquet (2000); Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz (2000).

ANNEXE 4

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE RUE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Arrimage Jeunesse à Rouyn-Noranda

Évaluation de l'implantation du travail de rue en région

Description de l'intervention : L'approche développée par Arrimage Jeunesse correspond au travail de rue dit « autonome », tel qu'il est défini par Duval et Fontaine (2000). Ayant pour mission principale d'engager « un processus de réconciliation des jeunes avec leur milieu naturel », les travailleurs de rue ont développé une stratégie d'éducation globale qui favorisait leur responsabilisation et leur émancipation.

Objectif(s) de l'intervention : Cette approche visait à illustrer la spécificité d'une pratique de travail de rue « autonome » dans un centre urbain de petite taille d'une région dite éloignée et à rendre compte des difficultés pouvant survenir dans la collaboration établie entre les travailleurs de rue et les autres personnes intervenant auprès des jeunes. Trois axes ont été explorés : 1) les mécanismes pour établir la collaboration; 2) les types de collaboration, notamment la référence; 3) les transformations souhaitables dans le réseau de la santé et des services sociaux pour mieux rejoindre les jeunes marginalisés.

Méthodologie de recherche : Développée et réalisée en étroite collaboration avec Arrimage Jeunesse, cette recherche visait à analyser la démarche d'implantation du travail de rue à Rouyn-Noranda de même que les liens de collaboration établis entre les travailleurs de rue et les autres acteurs/intervenants auprès des jeunes. La collecte de données s'est effectuée auprès de 36 intervenants qui étaient soit des collaborateurs réguliers des travailleurs de rue, soit des personnes qui intervenaient auprès des jeunes. L'échantillon comprenait des personnes oeuvrant dans les domaines judiciaires, de la santé, des services sociaux, de l'éducation, du secteur communautaire et du secteur privé. Quant aux effets du programme, les parcours de 40 jeunes ont été suivis à travers les services offerts aussi bien par les travailleurs de rue que par les personnes auxquelles ils étaient référés.

Résultats ou retombées de l'intervention ou du projet : Les résultats de l'étude montrent que la présence du travailleur de rue est appréciée par les jeunes, qu'elle répond bien à leurs besoins. L'ouverture d'esprit, la disponibilité, les délais très courts sont particulièrement appréciés. Le problème se situe surtout au niveau de la collaboration avec les partenaires du milieu. La recherche de collaborateurs qui partagent cette philosophie ne va pas toujours de soi, comme en témoigne la grande diversité des valeurs et des approches véhiculées dans le milieu des interventions jeunesse. L'approche du travail de rue ne fait pas l'unanimité, souvent en raison d'attentes irréalistes et d'une méconnaissance de la philosophie d'intervention. La collaboration avec certaines ressources du milieu (ex. : la police) demeure parfois difficile, voire impossible. Deux conditions sont essentielles à cette collaboration. Il faut que les travailleurs de rue et les autres intervenants se reconnaissent mutuellement des compétences et une légitimité d'intervention. Le partage d'idéologies conciliables constitue le deuxième facteur favorable à cette collaboration. L'absence de lieux de concertation augmente le risque que le travail de rue se développe en « vase clos », en parallèle aux services déjà existants.

Cette étude met aussi en lumière le danger de voir s'amenuiser le réseau de collaborateurs, en raison d'un bassin plus restreint pour de nouveaux collaborateurs. Dans ce contexte, la référence constitue une opération à haut risque, puisqu'un échec peut signifier la fin de la relation entre le travailleur de rue et le jeune ou, à tout le moins, miner la crédibilité du travailleur de rue.

Points à améliorer : Des changements de trois ordres sont à apporter : 1) les procédures d'accès aux services doivent être assouplies, 2) on doit assurer la stabilité des ressources en place, 3) il faut modifier les relations avec les intervenants des services institutionnels, trop fondées sur les rapports de pouvoir.

Source : Simard, Noel, Baron et Caron (2003).

ANNEXE 5

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE MILIEU

Le projet Répit-Urbain

Description de l'intervention : Le projet Répit-Urbain s'inspire du programme *Camp Deer Run*, un camp de vacances associé à Dianova-USA (*The Dianova Community Outreach Program*) qui offre un séjour à des jeunes ayant des problèmes de consommation de drogues et issus des grands milieux urbains. À l'instar du programme développé aux États-Unis, le projet offre un séjour structuré de six jours à la campagne à des jeunes de la rue âgés de 18 à 30 ans. Au cours de ce séjour, diverses activités visant le développement de compétences personnelles leur sont proposées en compagnie d'intervenants issus d'organismes oeuvrant auprès d'eux. Les organismes partenaires ont à recruter des participants, constituer des groupes et participer à l'organisation du transport et de l'encadrement pendant le séjour à la campagne.

Objectif(s) de l'intervention : Ce projet vise à développer les compétences personnelles (relations interpersonnelles, estime de soi, gestion de la colère, résolution de problèmes) de ces jeunes. Il vise aussi à offrir à ces jeunes des activités sportives (volleyball, quilles, glissades, raquettes, canoe), de même que des ateliers éducatifs sur différentes problématiques les concernant.

Méthodologie de recherche : Cette étude porte sur l'évaluation de l'implantation de Répit-Urbain au cours de sa première année d'existence. Le premier objectif de l'étude était de déterminer la capacité de ce projet à rejoindre la clientèle visée. Le second objectif a été de documenter le point de vue des intervenants accompagnateurs sur le déroulement et les effets engendrés par la participation à ce projet. À titre de principaux acteurs du projet, et en partenariat avec l'équipe de recherche, les responsables du projet ont participé au choix ainsi qu'au déroulement des démarches évaluatives. Des entrevues de groupe ont été menées auprès d'intervenants de ressources partenaires ayant participé aux activités, au cours des trois mois suivant le séjour. Onze groupes d'intervenants des organismes partenaires et un groupe d'intervenants de Répit-Urbain ont été rencontrés. Au total, vingt-cinq (25) intervenants ont été rejoints. Trois thèmes ont été explorés lors des entrevues de groupe : 1) la mise en place du projet; 2) le déroulement du séjour; 3) l'impact et les suites du séjour.

Résultats ou retombées de l'intervention ou du projet : Ce projet s'est avéré pertinent. Il a répondu à un besoin réel chez des jeunes sans-abri. Les partenaires se sont dit satisfaits du partenariat et de la qualité de la communication. Les participants ont apprécié l'occasion de vivre une période de réflexion, la possibilité de vivre des activités en dehors de la consommation de drogues et les effets bénéfiques retirés de séjours multiples. De façon générale, le déroulement du séjour était considéré satisfaisant. L'organisation des activités était appréciée tant par les intervenants partenaires que par ceux de Répit-Urbain. La flexibilité de la programmation était un autre élément apprécié. Après quelques ajustements aux ateliers éducatifs pour les rendre plus informels et interactifs, ceux-ci furent appréciés parce qu'ils permettaient aux participants de discuter entre eux de différentes problématiques et d'y amorcer un travail de réflexion personnelle sur leurs besoins.

Suite au séjour, des participants ont déclaré avoir effectué certains changements en ce qui a trait à leurs habitudes de vie. Ce projet a aussi permis de développer un lien de confiance significatif et durable avec les jeunes participants. Finalement, il a permis aux intervenants de questionner leur mode d'intervention habituelle, de reconnaître les limites qui prévalent dans leur contexte d'intervention coutumier et de développer leur compétence professionnelle.

Points à améliorer : Le retour en ville après le séjour n'était pas suffisamment encadré et aurait mérité, selon les participants et les intervenants, qu'une plus grande attention y soit accordée. Le retour à la réalité de la ville et de la rue se faisait de façon trop brusque après le séjour tranquille à la campagne. Plusieurs jeunes étaient angoissés à l'égard de la fin du séjour à Répit-Urbain.

Source : Perreault, Laurier, Mousseau, White et Ferrari (2008).

ANNEXE 6

UNE ILLUSTRATION DU TRAVAIL DE MILIEU

Le Centre St-Pierre

L'intervention alternative auprès des personnes itinérantes : la méthode dite narrative et l'approche proactive complémentaire

Description de l'intervention : Depuis 1996, deux intervenants du Centre Saint-Pierre utilisent la méthode narrative pour œuvrer auprès des personnes vivant une situation d'itinérance chronique. Des cafés-rencontres leur sont proposés afin de briser leur isolement et faciliter une prise de parole. À l'aide d'histoires et de contes lus par les intervenants en début de chaque rencontre, ces derniers suscitent auprès des participants un désir de prendre la parole et de s'exprimer sur le sens des récits présentés. Ces cafés-rencontres ont lieu dans trois résidences d'accueil montréalaises pour personnes itinérantes : les résidences du Vieux-Port, Paul-Grégoire et Eugène-Bernier. D'une durée d'une heure à une heure trente, ces rencontres ont lieu une fois par semaine, sur une période de plusieurs mois, et regroupent entre cinq et dix personnes à chaque fois. Afin de maintenir cet espace de dialogue, un outil d'intervention s'inscrivant dans une approche complémentaire proactive propose à ces personnes des stages en milieu de travail encadré, des stages de pré-emploi, des ateliers protégés de travail ou entreprise sociale, sur la base de l'hypothèse selon laquelle la meilleure façon pour des personnes marginalisées de renouer ou de reconquérir une citoyenneté « normale » passe par leur intégration à un milieu de travail. Cette intervention complémentaire aux cafés-rencontres s'inspire d'initiatives de développement local et se fait en complémentarité du travail réalisé par des initiatives montréalaises du type du Projet Part, de l'organisme Accès-cible, du journal l'Itinéraire ou de la Chorale de l'Accueil Bonneau.

Objectif(s) de l'intervention : L'objectif poursuivi par les cafés-rencontres consiste à permettre aux itinérants présents de reconstruire leur histoire personnelle afin de renouer avec une identité passée, de prendre conscience de réalisations positives et surtout que cette histoire témoigne de l'insertion antérieure de la personne au sein d'un réseau significatif de relations. Une fois effectuée cette reconstruction du patrimoine personnel, les itinérants sont invités à se projeter dans l'avenir et à réfléchir à des projets qu'ils aimeraient réaliser.

Méthodologie de recherche : Cette recherche réalisée en collaboration avec l'Observatoire montréalais du développement (OMD) et le Centre Saint-Pierre Apôtre de Montréal consiste en une étude descriptive de l'expérience réalisée par l'équipe des cafés-rencontres du Centre Saint-Pierre auprès des personnes itinérantes chroniques. Les résultats de cette étude se basent sur les échanges entre les chercheurs et les intervenants.

Résultats ou retombées de l'intervention ou du projet : En quatre ans, une centaine d'itinérants ont été rencontrés. Malgré le fait qu'ils vivent un niveau de désocialisation élevé, lorsqu'ils sont placés en situation d'intervention narrative, ils démontrent une capacité surprenante d'objectivation de leur situation.

Leur discours structuré pour décrire leur réalité indique une compréhension très claire de leur état et une capacité étonnante de réflexion critique à l'égard de la société. Cette démarche permet aussi de passer d'une stratégie d'action narrative à une pratique d'intervention participative où la production d'histoires de vie sert d'étape à un projet propice à la mise en place d'un cadre de vie alternatif.

Leçons à tirer du projet ou de l'intervention : L'expérience du Centre Saint-Pierre est intéressante à plusieurs égards. Elle indique, dans un premier temps, la souplesse de réaction et la capacité d'apprentissage que peuvent avoir et doivent avoir un organisme local et ses intervenants dans le cadre de projets ou d'actions s'adressant à des personnes en situation de vulnérabilité extrême. Deuxièmement, non seulement la volonté d'impliquer les personnes visées par le projet à tous les niveaux de l'intervention est-elle nécessaire, mais elle représente en plus une opportunité d'apprentissage collectif. Enfin, elle rend compte de la pertinence de développer une approche innovante en fonction des besoins des personnes auxquelles est dédiée l'intervention et non en fonction du réseau des services sociaux et de santé.

Source : Fontan (2002).

RÉFÉRENCES

ALLAOUI, S. (2001). *L'évaluation d'une intervention : le travail de rue dans un organisme communautaire – PACT de rue. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en intervention sociale*. Montréal : Université du Québec à Montréal. 123 p.

ALLEN, J.P.; KUPERMINC, G.; PHILLIBER, S. et HERRE, K. (1994). « Programmatic Prevention of Adolescent Problem Behaviors : The Role of Autonomy, Relatedness, and Volunteer Service in the Teen Outreach Program ». *American Journal of Community Psychology*. 22(5) : 617-638.

BARRETT, A.E. et LYNCH, S.M. (1999). « Caregiving networks of elderly persons: Variation by marital status ». *Gerontologist*. 39(6) : 695-704.

BASTIEN, R.; BATTAGLIN, A.; BOUTHILLIER, M.-È.; BESSE, M.; RAYNAULT, M.-F.; FRIGAULT, L.-R. et LAROSE, G. (2007). « Travail de proximité. Matière à penser le social, la prévention et le politique ». In Baillargeau, É. et Bellot, C. (Sous la direction de). *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 73-96.

BERNSTEIN, S. (1964). *Youth on the Streets : Work with Alienated Youth Groups*. New York, NY : Association Press. 160 p.

BILLETTE, V. et LAVOIE, J.-P. (2010) « Introduction : vieillissements, exclusions sociales et solidarités ». In Charpentier, M.; Guberman, N.; Billette, V.; Lavoie, J.-P.; Grenier, A. et Olazabal, I. (Sous la direction de). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 1-22.

BOURBONNAIS, A. et DUCHARME, F. (2010). « Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante ? ». In Lagacé, M. (Sous la direction de). *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 113-131.

BOURQUE, P., PAKZAD, S. et ARSENAULT, C. (2006). « Les facteurs psychosociaux déterminants dans le dépistage du potentiel de mauvais traitements chez des personnes-soutien de personnes âgées en perte d'autonomie ». *Vie et vieillissement*. 5(2) : 15-22.

BOUTHILLIER, M.-È.; BASTIEN, R.; DOUCET, H. et DEMERS, A. (2006). « Éthique et travail de proximité : incursion dans l'univers des pratiques d'intervenants montréalais ». In Bouthillier, M.-È. *Santé publique, réduction des méfaits et travail de proximité : les problèmes éthiques d'intervenants montréalais*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en sciences humaines appliquées option bioéthique. pp. 128-153.

BROWNE, K. et FALSHAW, L. (1998). « Street Children and Crime in the UK : A Case of Abuse and Neglect ». *Child Abuse Review*. 7 : 241-253.

BURNS, V.F. (2010). *Unpacking the Phenomenon of Social Isolation through the Unique Experiences of Autonomous Older Adults Living in Social Housing*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Social Work. Montreal : McGill University. 125 p.

CAMPBELL, J. et BUCHNER, D.M. (1997). « Unstable disability and the fluctuations of frailty ». *Age and Ageing*. 26 : 315-318.

CARIO, R. (2006). « L'aîné victime : approche victimologique ». *Vie et vieillissement*. 5(2) : 5-13.

CATTAN, M. (2005). « Preventing Social Isolation and Loneliness among Older People : A Systematic Review of Health Promotion Interventions ». *Ageing & Society*. 25 (1) : 41-67.

CHARPENTIER, M.; GUBERMAN, N.; BILLETTE, V.; LAVOIE, J.-P.; GRENIER, A. et OLAZABAL, I. (Sous la direction de) (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 496 p.

CHARPENTIER, M. et SOULIÈRES, M. (Avec la collaboration de) (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 164 p.

CHEVAL, C. (2001). « Des travailleurs de rue créateurs de liens sociaux ». In Dorvil, H. et Mayer, R. (sous la direction de). *Problèmes sociaux. Études de cas et interventions sociales. Tome 2*. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 361-386.

CHEVAL, C. (1998). *Le travail de rue : une pratique d'accompagnement clinique*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en service social. Montréal : Université de Montréal. 162 p.

CLOUTIER, J. (2008). *Cadre d'émergence et de consolidation d'interventions de milieu en HLM et autres tours d'habitation pour aînés sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance*. Montréal : CSSS Jeanne-Mance. 35 p.

CONSEIL DES AÎNÉS DU QUÉBEC (1995). *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes aînées*. Québec : Conseil des aînés du Québec.

CRANE, M. et WARNES, A.M. (2005). « Responding to the Need of Older Homeless People. The effectiveness and limitations of British services ». *Innovation : The European Journal of Social Science Research*. 18(2) : 137-152.

DALLAIRE, B.; MCCUBBIN, M.; et PROVOST, M. (2010). « Vieillesse et trouble mental grave : questions de représentations, questions d'intervention ». In Lagacé, M. (Sous la direction de). *L'Âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 175-197.

DENONCOURT, H.; DESILETS, M.; PLANTE, M.-C.; LAPANTE, J. et CHOQUET, M. (2000). « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes ». *Santé mentale au Québec*. 25(2) : 179-194.

DESBIENS, N. (2006). « Le travail de corridor : une approche qui fait son chemin ». *Pédagogie collégiale*. 19(4) : 27-28.

DES RIVIÈRES, M. et MICHAUD, A. (2005). *Une pleine participation des aînés au Québec, rapport de l'équipe de travail*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Direction des relations publiques et des communications.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2008). *Vieillir à Montréal. Un portrait des aînés*. Montréal : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 23 p.

DORVAL, F. (1998). *Le travail dans la rue*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en intervention sociale. Montréal : Université du Québec à Montréal. 78 p.

DOUTRELEPONT, F. (2006). « Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue ». *Revue québécoise de psychologie*. 27(2).

DUVAL, M.; RENÉ, J.-F.; CLOUTIER, G. et PONTBRIAND, A. (2007). « L'expérience des Auberges du cœur ». *Intervention*. 126 : 73-82.

DUVAL, M. et FONTAINE, A. (2000). « Lorsque des pratiques différentes se heurtent : les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants ». *Nouvelles pratiques sociales : le « nouveau » travail social*. 13 (1) : 49-67.

ELLIS, J.A. (1996). « Community Interventions for Helping Isolated and Underserved Elders ». *Journal of Gerontological Social Work*. 26 (3-4) : 355-358.

EMLET, C.A. et HALL, A.M. (1991). « Integrating the Community into Geriatric Case Management : Public Health Interventions ». *The Gerontologist*. 31(4) : 556-560.

FLORIO, E.R.; ROCKWOOD, T.H.; HENDRYX, M.S.; JENSEN, J.E.; RASCHKO, R. et DYCK, D.G. (1996). « A Model Gatekeeper Program to Find the At-Risk Elderly ». *Journal of Case Management*. 5(3) : 106-114.

FONTAINE, A. (2010). « Le travail de rue dans l'univers de la rue ». *Criminologie*. 43(1) : 137-153.

FONTAINE, A. (2009). « L'analyse de la construction culturelle du travail de rue : un éclairage démocratique sur le renouvellement des pratiques ». *Nouvelles pratiques sociales*. 22(1) : 63-76.

FONTAINE, A. (2007). « La construction d'une culture professionnelle en travail de rue ». In Baillergeau, É. et Bellot, C. (Sous la direction de). *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 135-154.

FONTAINE, A. (2003a). « Aux marges du social, le travail de rue ». *Intervention*. 119 : 15-23.

FONTAINE, A. (2003b). *Le travail de rue ...dans un entre-deux : une trousse à l'intention des travailleurs de rue sur les rapports avec les autres intervenants. Projet de formation UQAM-ATTRueQ : 2001-2003*. Montréal : Université du Québec à Montréal. Service aux collectivités. 101 p.

FONTAINE, A. (2001). *Le travail de rue face aux pressions technocratiques : les enjeux de la planification intégrée des services sociaux et de santé pour une pratique d'intervention autonome en lien avec les jeunes marginalisés*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en intervention sociale. 169 p.

FONTAN, J.-M. (2002). « Intervention alternative auprès des personnes itinérantes : l'expérience du Centre Saint-Pierre ». *Santé mentale au Québec*. 27(2) : 215-234.

FOURNIER, B. (1998). « Le maintien à domicile des personnes à autonomie réduite ». *Pensons famille*. (10)55 : 28-42.

GILBERT, S. et LUSSIER, V. (2005). « L'aide en itinérance : l'interface de deux souffrances ». *Revue québécoise de psychologie*. 26(2) : 129-150.

GRENIER, A. et FERRER, I. (2010) « Chapitre 1. Âge, vieillesse et vieillissement. Définitions controversées de l'âge ». In Charpentier, M.; Guberman, N.; Billette, V.; Lavoie, J.-P.; Grenier, A. et Olazabal, I. (Sous la direction de). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 35-54.

GUAY, J. (1996). « L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens ». *Nouvelles pratiques sociales*. 9(2) : 33-48.

GUAY, J. (1991). « L'approche proactive et l'intervention de crise ». *Santé mentale au Québec*. 16(2).

GUÈYE, A. (Sous la coordination de N. Moreau) (2003). *Les comités de résidentes et de résidents dans les résidences privées avec services : un des moyens pour favoriser l'empowerment des personnes âgées*. Québec : Secrétariat aux aînés. 68 p.

GUILLEY, É.; ARMI, F. et GHISLETTA, P. (2008). « Chapitre 4. Indépendance, fragilité et dépendance : trois statuts de santé ». In Lalive d'Épinay, C.; Spini, D. et coll. (Sous la direction de). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 101-122.

GUILLEY, É.; ARMI, F.; GHISLETTA, P. et LALIVE D'ÉPINAY, C. (2008). « Chapitre 5. Trajectoires de vies, transitions de santé ». In Lalive d'Épinay, C.; Spini, D. et coll. (Sous la direction de). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 123-147.

HAIG, T.; CÔTÉ, P.-B. et ROUSSEAU, R. (2009). « Intimité, dialogue et santé : réflexion sur le travail de proximité dans les milieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels ». *Nouvelles pratiques sociales*. 21(2) : 157-173.

HOLMES, D. et PERRON, A. (2006). « Chapitre 14. Les groupes vulnérables : comprendre la vulnérabilité et agir ». In Carroll, G. (Sous la direction de). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Chenelière Éducation. pp.195-203.

HUBER, J.D. et KLIENPLATZ, P.J. (2002). « Sexual Orientation Identification of Men Who Have Sex With Men in Public Settings in Canada ». *Journal of Homosexuality*. 42(3) : 1-20.

JOANETTE, Y.; KAHLAOUI, K.; MAHEUX, M. et SKA, B. (2010). « Vieillir : déclin ou changement ? ». In Lagacé, M. (Sous la direction de). *L'Âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 113-131.

LAGACÉ, M. et TOUGAS, F. (2010). « À quand la retraite ? Le paradoxe de l'âgisme au travail dans un contexte de pénuries de main-d'oeuvre ». In Lagacé, M. (Sous la direction de). *L'Âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 241-262.

LEBEL, P. ; BARBALI, I. ; RODEREDA, P. ; KERGOAT, M.-J. ; LATOUR, J. et DUCHARME, F. (1999). *Concept de la fragilité selon les personnes âgées*. Université de Montréal, Faculté de médecine, secteur santé publique, groupe de recherche interdisciplinaire.

LE BOSSÉ, Y.; BILODEAU, A.; CHAMBERLAND, M. et MARTINEAU, S. (2009). « Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social ». *Nouvelles pratiques sociales*. 21(2) : 174-190.

LE BOSSÉ, Y. (2008). « 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. (2003). « De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment ». *Nouvelles pratiques sociales*. 16(2) : 30-51.

LÉGARÉ, J. et MARTEL, L. (2001). « Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants ». *Cahiers québécois de démographie*. 30(1).

LEMAY, L. (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide ». *Nouvelles pratiques sociales*. 20(1) : 165-180.

LEMAY, L. (2004). *Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment : une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir professionnels*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences humaines appliquées. Montréal : Université de Montréal. 598 p.

MACPHAIL, C. (2006). « Youth-Driven HIV Prevention Programmes in South Africa : Social Capital, Empowerment and Conscientisation ». *Social Dynamics*. 32(2) : 170-196.

MAHONEY, K.J. et ZGODA, K. (2006). « Approaches to Empowering Individuals and Communities ». In Berkman, B. et D'Ambruso, S. (eds.). *Handbook of Social Work in Health and Aging*. New York, NY : Oxford University Press. pp. 809-816.

MAYER, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur. 489 p.

MESSAM, T.; MCKAY, M.M.; KALOGEROGIANNIS, K. et ALICEA, S. (2010). « Adapting a Family-Based HIV Prevention Program for Homeless Youth and Their Families : The HIV Prevention Outreach for Parents and Early Adolescents Family Program ». *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 20(2) : 303-318.

MINKLER, M.; FRANTZ, S. et WECHSLER, R. (2005-2006). « Social Support and Social Action Organizing In A Grey Ghetto : The Tederloin Experience ». *International Quarterly of Community Health Education*. 25(1-2) : 49-61.

MINKLER, M. (1985). « Building Supportive Ties and Sense of Community among the Inner-City Elderly : The Tenderloin Senior Outreach Project ». *Health Education Quarterly*. 12(4) : 303-314.

MONFORT, J.-C. (2001). « Spécificités psychologiques des personnes très âgées ». *Gérontologie et Société*. 98 : 159-187.

MOURANI, M. (2007). « L'intervention auprès des membres des gangs de rue. Mythes et réalités ». In Dorvil, H. (Sous la direction de). *Problèmes sociaux. Tome IV. Théories et méthodologies de l'intervention sociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec. pp. 253-270.

NICHOLS, J.E. (2004). « Prevention of HIV Disease in Older Adults ». In Emler, C.A. (ed.). *HIV/AIDS and Older Adults : Challenges for individuals, families, and communities*. New York, NY : Springer Publishing. Pp. 21-35.

NINACS, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval. 140 p.

NOUR, K.; BROWN, B.; MOSCOVITZ, N.; HÉBERT, M. et REGENSTREIF, A. (2009). « Le Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale ». *Santé mentale au Québec*. 34(2) : 217-235.

NYUNT, M.S.Z.; KO, S.M.; KUMAR, R.; FONES, C.CS et NG, T.P. (2009). « Improving treatment access and primary care referrals for depression in a national community-based outreach program for the elderly ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24(11) : 1267-1276.

O'CONNELL, J.J. (2004). « Old and Sleeping Rough : Elderly Homeless Persons on the Streets of Boston ». *Care Management Journals*. 5 (2) : 101-106.

OTIS, J. (1999). *Interventions dans les parcs auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : un projet provincial de recherche-action. Rapport de recherche (version finale)*. Montréal, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie. 122 p.

OUELLET, F.; RENÉ, J.-F.; DURAND, D.; DUFOUR, R. et GARON, S. (2000). « Intervention en soutien à l'empowerment. Dans Naître égaux – Grandir en santé ». *Nouvelles pratiques sociales*. 13(1) : 85-102.

PARAZELLI, M. (2007). « L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? ». *Nouvelles pratiques sociales*. 19(2) : 1-12.

PARAZELLI, M. (2002). *La rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 358 p.

PERREAULT, M.; LAURIER, C.; MOUSSEAU, M.; WHITE, N.D. et FERRARI, B. (2008). « Des vacances pour les jeunes de la rue ? Perspective d'intervenants sur le projet Répît-Urbain ». *Drogues, santé et société*. 7 (2) : 81-123.

PERSONNE, M. et VERCAUTEREN, R. (2009). « Chapitre 3. Sens de la fragilité dans l'accompagnement de la personne âgée ». In Personne, M. et Vercauteren, R. *Accompagner les personnes âgées fragiles. Formes et sens de l'accompagnement*. Toulouse : Éditions Érès. pp. 29-35.

PLAMONDON, L. (2007). « Violence en contexte d'intimité familiale des personnes âgées ». *Gérontologie et société*. 122 : 163-179.

PLAMONDON, L.; LAUZON, S., PAPIN, C.-H. et BOURDEAU, M. (2006). « Comment évaluer le danger chez les personnes âgées à domicile ? ». *Vie et vieillissement*. 5(2) : 29-36.

PLAMONDON, L. et NAHMIASH, D. (2006). « Portrait de la vulnérabilité et des risques d'abus et de négligence dans la population âgée vivant en HLM ». *Vie et vieillissement*. 5(1) : 27-36.

PLAMONDON, L. et NAHMIASH, D. (2005) *Étude descriptive des aînés vulnérables vivant en HLM: partie 1 résultat de l'enquête*. Forum des aînés de Montréal et le Réseau Vieillir en liberté.

PLOEG, J.; HAYWARD, L.; WOODWARD, C. et JOHNSTON, R. (2008). « A case Study of a Canadian homelessness intervention program for elderly people ». *Health and Social Care in the Community*. 16(6) : 593-605.

PODSCHUN, G.D. (1993). « Teen Peer Outreach-Street Work Project : HIV Prevention Education for Runaway and Homeless Youth ». *Public Health Reports*. 108(2) : 150-155.

POIRIER, H.; BONIN, J.-P.; LESAGE, A. et REINHARZ, D. (2000). « Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach ». *Santé mentale au Québec*. 25(2) : 195-215.

POMERLEAU, M. (2006). *Évaluation du travail de proximité au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Rapport final*. Étude réalisée pour le compte de l'Agence de la santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Saguenay : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. 246 p.

PROJET CHANGEMENT (2007). *Travailler auprès des aînés. Focus sur le Projet de travail de milieu de l'organisme Projet Changement/Centre communautaire pour aînés*. Montréal : Ville de Montréal, Direction de la diversité sociale. 102 p.

RAHIMIAN, A. et PACH, A. (1999). « Stories of AIDS Outreach and Case Management : Context and Activities ». *Substance Use & Misuse*. 34(14) : 1991-2014.

RENÉ, J.-F. et GERVAIS, L. (2001). « Les enjeux du partenariat aujourd'hui ». *Nouvelles pratiques sociales*. 14(1) : 20-30.

RIDDE, V.; BAILLARGEON, J.; OUELLET, P. et ROY, S. (2003). « L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour la travail de rue ». *Service social*. 50(1) : 263-279.

SIMARD, P.; NOËL, L.; BARON, M. et CARON, J. (2003). « La collaboration dans la pratique du travail de rue : l'expérience de Rouyn-Noranda ». *Nouvelles pratiques sociales*. 16(2) : 142-159.

SOMLAI, A.M.; KALICHMAN, S.C. et BAGNALL, A. (2001). « HIV Risk Behavior Among Men Who Have Sex With Men in Public Sex Environments : An Ecological Evaluation ». *AIDS Care*. 13(4) : 503-514.

SPINI, D.; ARMI, F.; et LALIVE D'ÉPINAY, C. (2008). « Chapitre 6. Les déterminants des trajectoires de vie ». In Lalive d'Épinay, C.; Spini, D. et coll. (Sous la direction de). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 149-168.

STOSKOPF, C.H.; SAMUELS, M.E. et CIESLA, J.R. (1993). « Findings From A Demonstration Outreach Project At A Community Health Center ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 4(1) : 51-64.

SULLIVAN, A.M. (1990). « Strategies of Intervention and Service Coordination by Mobile Outreach Teams ». In Cohen, N.L. (ed.). *Psychiatry Takes on the Streets : Outreach and Crisis Intervention fo the Mentally Ill*. New York, NY : Guilford Press. pp. 63-79.

THALINEAU, A. (2009). « L'intimité et l'injonction à l'autonomie dans le travail social de proximité ». *Nouvelles pratiques sociales*. 21(2) : 124-136.

TOSELAND, R.W. (1979). « A Community Outreach Program for Socially Isolated Older Persons ». *Journal of Gerontological Social Work*. 1 (3) : 211-224.

TRUCHON, M. (2010). *Soutien social et hébergement des aînés en perte d'autonomie. Étude exploratoire du soutien apporté par le réseau informel des aînés dans le processus menant à l'hébergement : le point de vue des aînés*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes. 176 p.

VAN CITTERS, A.D. et BARTELS, S.J. (2004). « A Systematic Review of the Effectiveness of Community-Based Mental Health Outreach Services for Older Adults ». *Psychiatric Services*. 55(11) : 1237-1249.

VIEL, A. (2000). *Une intervention de développement communautaire selon une approche milieu. Analyse évaluative d'un processus d'implantation*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences en service social. Montréal : Université de Montréal.