

Université de Montréal

**Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en
C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires**

par

Yves Couturier

Programme de sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Février 2001



© Yves Couturier, 2001

AC
20
U54
2001
v.006

Document de référence

Contribution de l'intégration par les technologies sociales et informatiques au
C.I.C. et possible interdisciplinaire

par

Yves Guéhenneuc

Université de Bretagne Occidentale

Faculté des Sciences Appliquées

Cette thèse a été présentée à la Faculté des Sciences Appliquées

en vue de l'obtention du grade de

Docteur en Sciences Appliquées (D.S.A.)

à la Faculté des Sciences Appliquées



01 NOV. 2001

Yves Guéhenneuc

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en
C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires**

présentée par
Yves Couturier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Rodriguez Del Barrio, Lourdes
Présidente-rapporteuse

Hamel, Jacques
Directeur de recherche

Perreault, Michel
Codirecteur

Pépin, Jacinthe
Membre du jury

Lenoir, Yves
Examineur externe

Larivière, Claude
Représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le 30 août 2001

Quand, l'autre jour, je vous clamais l'inquiétant protéiformisme de la question sociale, vous aviez l'air de rigoler. Ce qui ne prouvait, de votre part, grande clairvoyance. La vérité, c'est que la question sociale se manifeste par des myriades de quarterons de pléiades de milliasses de demi-douzaines de facettes. [...]

Je commence par déclarer à la face du monde que l'histoire ci-dessous n'est pas sortie toute tressillante de ma torride imagination. [...] Mais je cite mes sources : le fait en question fut publié dans un numéro de la *Gazette des hôpitaux*, laquelle affirme la tenir de *The Lancet*, de Londres, laquelle *Lancet* l'aurait emprunté à *The American Medical Weekly*. Maintenant que ma responsabilité est dégagée (rien ne m'attriste comme de ne pas être pris au sérieux), narrons l'aventure.

Alphonse Allais

SOMMAIRE

La présente thèse rend compte des différentes constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et des infirmières travaillant en C.L.S.C. La reconstruction et l'analyse des sens de l'intervention a permis la formulation de grands axes d'une grammaire de l'intervention en partie commune aux groupes professionnels impliqués. Cette grammaire constitue un indice de l'émergence d'une langue commune aux métiers relationnels, comme condition de l'interdisciplinarité pratique.

Mots clef : intervention, interdisciplinarité, sciences infirmières, travail social, profession, réflexivité, C.L.S.C.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	ii
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	vii
LISTE DES LOCUTRICES.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
PRÉSENTATION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉLABORATION D'UNE PROBLÉMATIQUE DE L'INTERVENTION	
CHAPITRE 1. L'INTERVENTIONNISME COMME CONDITION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	4
1.1 Une notion polysémique et prévalante : l'intervention.....	7
1.2 L'aire des débats sur l'interdisciplinarité.....	9
1.2.1 Au-delà des deux pôles du débat sur l'interdisciplinarité.....	18
1.2.2 De l'intervention à l'interdisciplinarité des objets.....	23
CHAPITRE 2. CONCEPTS ET CATÉGORIES DE L'INTERVENTION.....	24
2.1 Les usages d' <i>intervention</i> dans les écrits des sciences sociales.....	26
2.1.1 L'intervention comme modalité d'action des <i>sciences cliniques</i> et appliquées.....	31
2.1.2 L'acte social et l'acteur collectif.....	33
2.1.3 L'intervention comme relation.....	36
2.2 Les usages d' <i>intervention</i> dans les écrits des sciences infirmières.....	37
2.2.1 Soins, actes, et traitements.....	38
2.2.2 La notion d' <i>intervention</i> permet de dire la complexité du travail infirmier.....	43
2.2.3 Le statut de la parole des infirmières : intervenir pour influencer....	46

2.2.4 L'intervention, une méthode générique.....	48
2.2.5 L'intervention, une unité pratique.....	51
2.2.6 Conclusion.....	54
2.3 Les usages d' <i>intervention</i> dans les écrits du travail social.....	55
2.3.1 L'intervention comme la réalisation d'un acteur collectif.....	55
2.3.2 L'intervention : une action finalisée.....	57
2.3.3 L'intervention d'un agent sur des systèmes.....	58
2.3.4 Méthodes, processus et séquences : la question de la mise en ordre de l'action.....	59
2.3.5 Un action hétéronome : les paramètres de l'intervention.....	65
2.3.6 L'intervention comme mobilisation existentielle de soi : la relation..	69
2.3.7 L'intervention comme catégorie floue.....	75
2.3.8 Conclusion.....	80
2.4 Conclusion : les axes autour desquels s'articulent les acceptions livresques d' <i>intervention</i>	84

SECONDE PARTIE : L'EXPLICITATION ÉPISTÉMOLOGIQUE

CHAPITRE 3. UNE THÉORIE DU SOCIAL ET DU LANGAGE.....	89
3.1 Le statut du singulier.....	93
3.2 Les dynamiques de réflexivité complexe en modernité avancée.....	95
3.2.1 Réfléchir les processus de réflexivité complexe à partir des pratiques professionnelles.....	96
3.2.2. La réflexivité chez Bourdieu.....	99
3.2.3. La réflexivité chez Giddens.....	104
3.2.4 La réflexivité: un concept plus complexe qu'il n'y paraît à première vue.....	106
3.2.5 Les plans de la réflexivité.....	109
3.2.6 Conclusion sur la théorie du social.....	111
3.3 Le statut du langage.....	112
3.3.1 Catégorie, translation et schème pratique.....	117

CHAPITRE 4. DEVIS DE RECHERCHE ET STRUCTURE DE DÉMONSTRATION.....	120
4.1 Un devis inductif.....	120
4.2 Une posture compréhensive.....	120
4.3 Un mode d'analyse structurale.....	121
4.4 L'échantillonnage et le choix du terrain.....	122
4.5. Les modalités d'élaboration des données.....	123
4.5.1 Observations ethnographiques et étude du contexte de pratique..	123
4.5.2 Entretiens d'explicitation.....	123
4.5.3 L'analyse structurale des entretiens de recherche.....	130
4.5.4 Discussions épistémologiques.....	133
4.6 L'intégration analytique.....	136
4.7 Conclusion : l'opérationnalisation de la démarche méthodologique.....	138

**TROISIÈME PARTIE : USAGES, SENS ET SCHÈMES PRATIQUES DE
L'INTERVENTION : UNE THÉORIE SUBSTANTIVE DE L'INTERVENTION**

CHAPITRE 5. UNE VUE GLOBALE DU CHAMP D'OBSERVATION.....	140
5.1 La réalisation des activités de collecte de données.....	140
5.2 Le C.L.S.C.....	144
5.3 Les groupes professionnels.....	146
5.4 L'organisation du travail et les rapports interprofessionnels.....	159
5.5 L'objectivation de la pratique : le système S.I.C.+ et le classement des interventions.....	164
5.6 Les usages observés de la notion d' <i>intervention</i>	167
CHAPITRE 6. L'ESPACE DES USAGES D'INTERVENTION DANS LES DISCOURS.....	171
6.1 Mise à l'épreuve de la grammaire de l'intervention développée par Nélisse.....	171
6.1.1 Une critique de la grammaire de Nélisse.....	184
6.2 L'espace des usages d' <i>intervention</i> dans les discours.....	184
6.2.1 Le monde des invariants praxéologiques.....	187
6.2.2 Le monde des systèmes d'intervention.....	286

6.2.3 Le monde de la praxis.....	297
6.3 Conclusion.....	304
CHAPITRE 7 LES SENS ET CONSTRUCTIONS DE L'INTERVENTION.....	307
7.1 Les schèmes spécifiques pour les infirmières.....	308
7.2 Les schèmes spécifiques pour les travailleuses sociales.....	346
7.3 Conclusion : les schémas communs.....	384
CONCLUSION GÉNÉRALE	
INTERVENIR ET COOPÉRER : LA PROXIMITÉ AU TRAVAIL.....	402
1.1 Matériaux pour une théorie formelle de l'intervention.....	402
1.1.1 Les statuts du relationnel et la <i>praxis</i>	402
1.1.2 La place des impératifs sociaux et le <i>monde des systèmes</i> d' <i>intervention</i>	405
1.1.3 Les raisons pratiques, le sens pratique et les <i>invariants</i> <i>praxéologiques</i>	407
1.1.4 Esquisse d'une grammaire de l'intervention.....	408
1.2 Les possibles interdisciplinaires.....	410
BIBLIOGRAPHIE.....	419
ANNEXE.....	I
1. Liste des invariants praxéologiques, des systèmes d'intervention et des axes praxiques présents dans les discours.....	i

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation de la translation (a)	118
Figure 2 : Représentation de la translation (b)	119
Figure 3 : Le passage du préréfléchi au réfléchi selon Vermersch (1994)	126
Figure 4 : Grammaire de l'intervention : les niveaux de sens selon Néglise (1997)	173
Figure 5 : Répartition des acceptions d'intervention	177
Figure 6 : Répartition des acceptions d'intervention (par professionnelle)	179
Figure 7 : Réseaux conceptuels et axes de composition	183
Figure 8 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.1	310
Figure 9 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.2	314
Figure 10 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.3	318
Figure 11 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.4	323
Figure 12 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.5	327
Figure 13 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.6	331
Figure 14 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.7	334
Figure 15 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no.8	337
Figure 16 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 9	340
Figure 17 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 10	344
Figure 18 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no.11	348
Figure 19 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 12	352
Figure 20 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 13	355
Figure 21 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 14	359
Figure 22 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no.15	362
Figure 23 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 16	365
Figure 24 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 17	369
Figure 25 : Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 18	374
Figure 26 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 19	378
Figure 27 : Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 20	382
Figure 28 : Schéma commun : l'intervention comme espace de nécessités d'agir	388
Figure 29 : Schéma commun : l'intervention comme espace de fonctions sociales	391
Figure 30 : Schéma commun : l'intervention comme espace de relations professionnelles	393
Figure 31 : Schéma commun : l'intervention comme espace de relations humaines	395
Figure 32 : L'aire des positions possibles en regard des quatre schémas communs	397
Figure 33 : Trajectoire et configuration identitaire	400
Figure 34 : Grammaire de l'intervention	409

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A.V.Q.-A.V.D.	Activités de la vie quotidienne et domestique
C.H.S.L.D.	Centre hospitalier de soins de longue durée
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
C.S.I.	Clinique de soins infirmiers
O.L.O.	Programme Œuf-lait-orange (pour prévenir les naissances prématurées)
O.P.T.S.Q.	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
S.I.C.+	Système d'information sur les clientèles et les services des C.L.S.C.

LISTE DES LOCUTRICES

Locutrice 1 :	infirmière de la clinique externe
Locutrice 2 :	infirmière de la clinique jeunesse
Locutrice 3 :	infirmière du point de service
Locutrice 4 :	infirmière en périnatalité (1)
Locutrice 5 :	infirmière en périnatalité (2)
Locutrice 6 :	infirmière au soutien à domicile (1)
Locutrice 7 :	infirmière au soutien à domicile (2)
Locutrice 8 :	infirmière au soutien à domicile (3)
Locutrice 9 :	infirmière scolaire
Locutrice 10 :	infirmière en santé et sécurité au travail
Locuteur 11 :	travailleur social en première ligne (1)
Locuteur 12 :	travailleur social en première ligne (2)
Locuteur 13 :	travailleur social en première ligne (accueil)
Locutrice 14 :	travailleuse sociale en première ligne (3)
Locuteur 15 :	travailleur social en première ligne (4)
Locuteur 16 :	travailleur social en première ligne (5)
Locutrice 17 :	travailleuse sociale au soutien à domicile
Locuteur 18 :	travailleur social au soutien à domicile
Locutrice 19 :	travailleuse sociale en santé mentale
Locutrice 20 :	travailleuse sociale scolaire

REMERCIEMENTS

La rédaction de cette thèse a profité de la participation attentive et attentionnée du Pr. Jacques Hamel et du Pr. Michel Perreault. Que la précision de leurs commentaires et la lucidité du regard porté sur nos travaux soient ici remerciées. Il importe également de souligner notre reconnaissance aux auteurs auxquels nous avons référé, pour leurs oeuvres, dont nos travaux rendent compte que trop sommairement de la richesse et de la complexité fécondes. Nous tenons enfin à exprimer notre gratitude à tous ces professeurs et toutes ces professeures qui, tout au long de notre cheminement intellectuel, nous ont permis d'accéder au monde des connaissances, évidemment de tout ordre.

Ces travaux ont bénéficié du support du Fonds pour la formation des chercheurs et l'aide à la recherche.

PRÉSENTATION

Tout au cours du long processus d'élaboration de la présente thèse, nous avons travaillé sur un objet en poupées russes qu'il importe de présenter d'emblée, et ce d'autant plus que le rapport que nous entretenons à cet objet composite s'inscrit à la fois dans des préoccupations pratiques et dans un projet théorique. Notre objet premier prend la forme des pratiques de groupes professionnels de l'intervention sociale (Chopart, 1997), en l'occurrence des travailleuses sociales¹ et des infirmières. Nous estimons que ces pratiques sont en changement et que ce changement nous indique la transformation même de l'action sociale. D'abord, ces objets diffus que sont les pratiques professionnelles s'appréhendent ici par la diffusion remarquable de la notion d'intervention pour dire la pratique de ces groupes professionnels. Elle permet de mieux comprendre, ensuite, ce qui serait l'une des conditions de la transformation de la professionnalité par la volonté, la nécessité ou l'exigence de *travailler ensemble*. Les reconstructions de l'intervention nous ont permis de produire une théorie substantive de l'intervention pour des travailleuses sociales et des infirmières en C.L.S.C., théorie qui, elle-même, nous a permis de réfléchir à une grammaire de l'intervention, comme condition de l'interdisciplinarité pratique pour les groupes professionnels en question.

Pour ce faire, notre réflexion a profité du constat effectué par Soulet, pour qui l'«impossibilité, stratégique ou génétique, de dire l'intervention [...] rencontre [...] de fortes pressions à être levée» (1997 : 13). Transparence de l'action professionnelle, engagement des usagers dans les processus d'action, maîtrise accrue de cette action, entre autres, sont invoqués pour en appeler à *dire son intervention*. L'auteur constate même une injonction à dire les pratiques et pose en ces termes l'alternative qui s'offre aux praticiennes : «soit, se réfugier dans l'inénarrable du vécu, brandir le rempart de la relation impossible à transposer [...] soit, s'efforcer d'exprimer de l'intérieur ce qui se joue au cœur des pratiques concrètes» (1997 : 15). Avec les possibles et contraintes de la posture du chercheur, c'est cette seconde voie que nous avons suivie en réalisant un voyage par paliers dans les univers de sens de l'intervention.

¹ La présente thèse s'intéresse à deux professions très féminisées, le nursing et le travail social. Ici, le féminin englobera donc le masculin.

Nous avons d'abord navigué à la surface des sens en étudiant les écrits professionnels sur le thème en titre. Puis nous avons exploré un second palier, en entrant plus à fond dans le discours des praticiennes, à l'occasion de l'analyse des usages de la notion d'intervention dans lesdits discours. Enfin, nous sommes descendu à un troisième palier de profondeur, où les sens d'une vingtaine d'interventions spécifiques furent reconstruits. Ces trois niveaux de recherche possèdent leurs propres risques, limites, défis et potentialités que nous exposons tout au long de la thèse. L'intérêt de ce voyage en trois temps fut précisément de recueillir de l'information de nature différente afin d'élaborer une théorie de l'intervention pour le C.L.S.C. en question, mais aussi pour soumettre, comme contribution originale, des matériaux d'une théorie formelle de l'intervention et une réflexion quant à leur incidence sur les possibles de la rencontre interdisciplinaire. Car notre prétention initiale était que, malgré l'abondance inouïe des écrits sur ce thème, tous critiquant, thématissant, prescrivant, mais rarement formalisant en concept la notion d'intervention, il n'y a que trop peu de formulations théoriques quant à la diffusion de l'interventionnisme comme modalité socio-politique de l'action sociale. Certes, la catégorie *intervention* garde son efficace dans l'ombre et la chaleur de la pratique, mais nous pensons qu'il est possible de faire un gain réflexif en élucidant les processus à l'œuvre dans cette occultation même.

En termes de questionnements de recherche, nous nous posons les questions suivantes :

1. Le travail préthéorique de mise en ordre des usages livresques de la notion d'intervention que nous avons réalisé lors de l'élaboration de la problématique de recherche est-il fécond pour analyser la pratique d'infirmières et de travailleuses sociales en C.L.S.C. ?
2. Les différents usages de la notion d'intervention permettent-ils de nommer la pratique de ces infirmières et travailleuses sociales et de reconstruire leur intervention de façon à en augmenter l'intelligibilité?
3. Qu'est-ce que ces constructions nous indiquent sur la composition du travail dans ces métiers relationnels ?
4. Cela procède-t-il de l'émergence d'une langue commune à *celles qui interviennent* ?
5. Et comment cette langue commune contribue-t-elle, en pratique, à produire les possibles d'une interdisciplinarité pratique ?

Le présent texte expose donc progressivement la théorisation émergente en présentant, dans la première partie, la problématique de l'intervention, dans la seconde partie, les fondements théoriques, épistémologiques et méthodologiques de cette recherche, et dans la dernière partie, les résultats pour chacun des paliers exposés *supra*, formant pour nous la théorie substantive de l'intervention pour le segment de la communauté pratique étudié. Nous concluons sur quelques propositions théoriques que nous soumettons comme matériaux d'une théorie formelle de l'intervention, entendue comme condition de l'émergence de l'interdisciplinarité pratique.

Nous avons ouvert cette présentation en annonçant que notre objet de recherche se sustentait d'un projet théorique. Il s'agit en effet de mieux comprendre une modalité actuelle de production du *soi* professionnel et son insertion dans les projets de l'intervention sociale, entendue comme figure de l'action de l'État social en modernité avancée. En pratique, une meilleure compréhension de ces phénomènes complexes pourra contribuer au développement ultérieur d'une analytique de la professionnalité et d'une méthode d'auto-analyse réflexive des pratiques professionnelles, mais d'une réflexivité complexe et sociale.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉLABORATION D'UNE PROBLÉMATIQUE DE L'INTERVENTION

CHAPITRE 1. L'INTERVENTIONNISME COMME CONDITION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

De nombreuses transformations de la professionnalité affectent les manières de faire et de voir propres aux professions oeuvrant dans le système sociosanitaire québécois. Émergent de ces transformations une représentation de l'action des professionnelles et une modélisation de son accomplissement tendant à s'imposer comme catégorie nouvelle de pensée (et de penser). La diffusion de la catégorie empirique *intervention* exprime ces transformations récentes de l'action professionnelle (Nélisse, 1996). Pour paraphraser Bourdieu (1994), l'intervention apparaît comme une *catégorie en voie de réalisation*, indicatrice des transformations de la professionnalité. À l'invitation du modèle professionnaliste, des groupes professionnels revendiquent leur droit d'intervenir et affirment la légitimité de leur action en construisant la catégorie *intervention* comme transverse à de nombreux groupes professionnels aux grandeurs (Boltanski, Thévenot, 1991) pour le moins différentes, selon leur position dans le champ sociosanitaire, leur adhésion à des paradigmes prévalants, etc.

La question du renouvellement des pratiques professionnelles² apparaît alors conséquente à ces transformations sociales de moyennes et longues portées. Parmi ces transformations figurent la remise en question récente du système sociosanitaire québécois organisé sous le modèle de l'État providence et une modification radicale des relations entre producteurs de services et bénéficiaires (Gadrey, 1994). Par exemple, le rapport nouveau entre savoirs communs et savoirs experts en modernité avancée (Giddens, 1993), où la réflexivité

² Le terme *profession* et ses dérivés sont employés dans leur acception nord-américaine plutôt qu'europpéenne. Il s'agit de groupes professionnels au statut social élevé, reconnus et encadrés juridiquement. L'archétype de ces groupes sont les professions libérales. Au sens européen du terme, le terme *profession* est employé pour désigner tout groupe professionnel partageant un ensemble de caractéristiques similaires, selon une typologie socio-économique reconnue. Pour la distinction, voir Dubar (1995). Ce choix découle de la préoccupation d'utiliser des catégories empiriquement significatives dans le contexte québécois, ce qui n'interdit pas leur déconstruction rigoureuse au besoin. L'usage du concept de *métier relationnel* (Demailly, 1998) nous semble en fait plus précis et plus opératoire au plan conceptuel pour notre propos, et sera donc utilisé également.

caractériserait l'action (Giddens, 1987), est l'un des facteurs à la source de la transformation du rapport entre producteurs et bénéficiaires de services publics. Ainsi se transforment le statut social de la professionnalité et les pratiques qui y sont associées. Au cœur de ces transformations réside la révision du travail dans les métiers relationnels fortement liés à l'État. Cette révision s'articule notamment autour de la question du décloisonnement et du partage des activités professionnelles s'actualisant dans le travail en équipe multidisciplinaire, éventuellement interdisciplinaire.

Outre le fait que la catégorie *intervention* constitue une trace de la transformation de la professionnalité en modernité avancée, l'observation de la construction de la notion d'intervention par différents groupes professionnels permet d'analyser en situation ce qui organise et distingue pour chaque groupe et entre groupes professionnels des opérations, des pratiques, des outils, des technologies, etc., constituant l'action effective des professionnelles. Cette analyse permet d'appréhender les conditions de rencontre entre deux mondes professionnels au cœur du système sociosanitaire : le monde des infirmières et le monde des travailleuses sociales.

Nous pensons que cette catégorie en voie de réalisation conditionne sur le terrain la production de différents schèmes pratiques prenant la forme empirique d'accords sémantiques sur le travail, la gestion de cas, la définition de l'urgence, du risque, etc. Ces accords et désaccords se réalisent à la croisée de discours institutionnels, politiques, professionnels et scientifiques qui se sédimentent en schèmes pratiques constituant des savoirs pratiques professionnels. L'objet de cette recherche fut donc de voir la pertinence de cette première intuition de recherche et de chercher à reconstruire ces schèmes pratiques, observables empiriquement par lesdits accords et désaccords sémantiques constitutifs des constructions de l'intervention dans le travail professionnel et interdisciplinaire des infirmières et travailleuses sociales. L'objet fut moins le processus social de production des schèmes pratiques, ce qui aurait été une étude trop vaste, que les schèmes pratiques en eux-mêmes, tels que sédimentés dans un lieu donné, pour un groupe de professionnelles donné. Ainsi l'étude paradigmatique, politique, organisationnelle ou professionnelle ne fut pas au cœur de notre travail. C'est l'incorporation dans la pratique de ces grandes conditions et leur appropriation concrète qui nous intéressaient.

L'une des hypothèses sous-tendant cette recherche est que le travail interprofessionnel, puis interdisciplinaire, s'articule et se désarticule autour d'éléments spécifiques de la construction de l'intervention pouvant différer d'une profession à l'autre. Ainsi, un accord pratique sur les opérations ne signifie pas nécessairement un accord sur les technologies sociales qu'engagent les professionnelles dans leurs interventions respectives; l'accord peut donc être partiel dans la mesure où les unes et les autres ne s'entendent pas sur la même dimension de l'intervention. En fait, les accords interprofessionnels peuvent être estimés fragiles car ils font trop souvent l'objet de malentendus exprimant des constructions professionnelles de l'intervention différentes de l'une à l'autre, selon les circonstances. Néanmoins, le travail interprofessionnel contribue à la production de schèmes pratiques partagés, dont la reconstruction est utile au développement d'une analytique des pratiques professionnelles en transformation et des conditions d'émergence de l'interdisciplinarité pratique. Il s'agissait donc de saisir la construction de l'intervention pour chacun des groupes professionnels afin de mettre en lumière les schèmes pratiques qu'ils partagent ou non, en regard des dynamiques de coopération et des luttes d'appropriation du champ des services aux personnes (Gadrey, 1994). Il faut souligner ici qu'à défaut de pouvoir décrire et objectiver les objets fugaces et intériorisés que sont les schèmes pratiques, la présente thèse permet d'en réfléchir les principes d'élaboration.

Découle de cet objectif théorique l'objectif pratique de contribuer à l'efficacité de la distribution et de la prestation des services par un meilleur déploiement des ressources et leur coordination dans un cadre de travail interprofessionnel ouvrant éventuellement sur une interdisciplinarité mieux ancrée. La reconstruction de schèmes pratiques permet en ce sens de formuler quelques axes d'une grammaire émergente de l'intervention à la source des conditions du travail interdisciplinaire. Notre contribution se situe au niveau d'une praxéologie (Bourdieu, 1972) considérant les conditions sociales et pratiques de l'intelligibilité du travail des professionnelles.

Plus spécifiquement, infirmières et travailleuses sociales du système sociosanitaire québécois collaborent de plus en plus sous l'impulsion de programmes et de technologies sociales³

³ Par exemples, le Plan de services individualisé ou le formulaire de Classification par types en milieu de soins et services prolongés.

interprofessionnels. Par-delà leurs paradigmes de référence en grande partie distincts, les deux groupes professionnels se rencontrent avec une intensité toute particulière en C.L.S.C. où ils se reconnaissent tous deux comme autorisés d'intervenir. Cette organisation des services publics est autant division du *travail sur le social* qu'articulation singulière du travail effectif entre infirmières et travailleuses sociales au sein d'une organisation. C'est cette articulation du travail qui nous intéresse spécifiquement car elle implique la présence d'articulants transversaux à l'ensemble des pratiques des unes et des autres. Pour réaliser les tâches⁴ complexes qui caractérisent les métiers relationnels, l'organisation des services est en effet insuffisante en elle-même à l'articulation du travail. À la faveur de la proximité au travail, infirmières et travailleuses sociales composent avec les conditions de leur travail et construisent en pratique leur *intervention* à partir, entre autres, de règles pratiques.

1.1 Une notion polysémique et prévalante : l'intervention

De prime abord, le sens du mot *intervention* est on ne peut plus clair : intervient celle qui s'insère dans un processus ou un système en vue d'en modifier le cours ou l'état. L'univocité apparente de la notion d'*intervention* se voit en outre renforcée par l'efficacité observable de son usage extensif en de nombreuses dimensions de la vie professionnelle. En pratique, le sens de ces usages ne fait pas l'objet de débats, bien que la diversité des tonalités d'usage soit des plus grandes, comme le démontre la «transcription» d'une conversation imaginaire se déroulant dans les corridors d'un colloque. Qui fait quoi ? Infirmière ou travailleuse sociale ? Quels sens de la notion d'*intervention* sont ici à l'œuvre :

-Bonjour, vous faites quoi comme travail?

-Je suis intervenante en C.L.S.C. Et vous?

-Je suis aussi intervenante auprès d'enfants en difficulté.

-Ah bon! Et vous faites quoi exactement?

-De l'intervention en situation de crise surtout, dans une équipe multi qui a comme philosophie l'intervention écologique. Mes interventions sont le plus souvent *court terme*, mais j'interviens en gros comme je l'entends. Et vous...

-Ah!, vous savez, l'intervention n'est plus ce qu'elle était. Mon module intervient au niveau d'un programme d'intervention précoce. C'est surtout des interventions ponctuelles, de dépistage. Après, l'usager pourra être référé à l'équipe d'intervention qui exécutera un plan d'intervention. L'ensemble des intervenants sera consulté à ce moment, la famille ou le directeur d'école, par exemple.

-Vous avez beaucoup d'expérience!

⁴ La notion de *tâche* réfère à ce qui est et qui se donne à *faire*, alors que la notion d'*activité* se réfère à ce qui se *fait* par un opérateur singulier (De Montmollin, 1986 : 18).

-Ah J'ai 30 ans d'intervention dans le corps! J'aurais peine à décrire bon nombre de mes interventions, tout est maintenant dans le coup de main...

-Bref, vous n'avez plus besoin de modèles d'intervention?

-En effet, mais j'utilise quand même des techniques et des outils d'intervention, que j'emprunte ici et là.

À peine caricaturale, cette discussion imaginaire ne se déroule pas tant sous le mode *jargon* d'une langue spécialisée que sous le mode du *parler schtroumpf*. En fait, cette conversion indique la présence d'une langue commune aux deux intervenantes, une langue pratique dont les jeux et réseaux de sens sont fort étendus et complexes, tout en demeurant ancrés dans une réalité pratique, en l'occurrence le réseau sociosanitaire québécois. Alors que les deux intervenantes se comprennent fort bien, et que les jeux de sens sont on ne peut plus clairs pour l'une et l'autre, il n'en va pas de même pour un tiers écoutant inopinément la discussion.

Outre ces quelques acceptions d'usage, de nombreuses autres s'ajoutent et s'interposent aux premières dans le champ du travail professionnalisé dans le secteur sociosanitaire. De l'intervention de la santé publique à l'intervention chirurgicale, et de l'intervention psychosociale à l'intervention des infirmières en vue de promouvoir la santé, les tonalités de sens varient grandement tout en affectant pas en pratique la clarté de l'interlocution.

C'est précisément cette faculté d'adéquation du terme *intervention* qui nous intéresse. Une hypothèse de travail qui conduit nos travaux est que l'*intervention* est un translateur permettant aux praticiennes le passage d'un champ à l'autre, d'une grandeur (Boltanski, Thévenot, 1991) à l'autre, d'un réseau sémantique à l'autre. Cette capacité translative se trouve à la source de ce qui serait une condition du travail interprofessionnel, puis interdisciplinaire, en l'occurrence l'engagement par la proximité à la coopération plus ou moins volontaire entre infirmières et travailleuses sociales, en ce qui nous concerne. Les unes et les autres construisent et se représentent l'intervention en partie de façon commune, en partie de façon différenciée, à partir de matériaux puisés dans les représentations sociales, les idéologies et les divers *logos* scientifiques et techniques, dans l'histoire professionnelle et organisationnelle, mais aussi, voire surtout, dans une infinité de raisons pratiques.

Pour reprendre la pensée de Nélisse (1997), nous estimons que la variété des tonalités du terme intervention est autant polysémie que polyphonie, c'est-à-dire qu'en outre de sa diversité sémantique elle met en jeu une capacité de moduler l'intensité du discours aux conditions de l'interlocution de façon telle que l'auditeur peut «y entendre s'exprimer une pluralité de voix» (Ducrot, 1980 : 44). L'intervention nous apparaît pour le champ du travail professionnalisé comme un *allant-de-soi*, et Nélisse estime qu'il s'agit d'un «impensé : il fait penser, il "donne à penser" mais il n'est jamais lui-même l'objet de notre pensée» (1993 : 168). Cette caractéristique prend ici valeur puisque, comme pour tout impensé, elle donne accès, par un travail archéologique retraçant la sédimentation des sens et des usages, aux procès de sa construction sociale.

Il faut noter la «prolifération des interventions» (Girard, 1985 : 128), et ce tant en termes d'approches théoriques, de modèles d'intervention que d'offres de services. À travers les articulations conceptuelles de l'intervention peut donc se réfléchir une catégorie impensée, une catégorie générale du travail dans les métiers relationnels. Nélisse et Zuniga écrivent à l'occasion de l'introduction d'un ouvrage collectif sur ce thème que :

Le terme «intervention [...] ne réfère ni à une pratique spécifique, ni à une profession particulière, pas plus qu'à un secteur d'activités bien circonscrit. Une hypothèse générale préside au présent recueil : l'intervention est une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprits, des manières de penser et de faire [...] (1997 : 5)

D'ailleurs, si la pluralité des sens et des usages de la notion d'intervention étonne l'observateur attentif, s'ajoute à cet étonnement une perplexité certaine quant au petit nombre de textes cherchant à conceptualiser la notion, et ce malgré les innombrables entrées qu'il est possible de trouver sur ce thème dans les banques de données en travail social, en nursing, en économie, en sociologie, etc. On en décrit les contours, les conditions, les styles, les champs d'application; on rappelle l'histoire, les contextes et les débats dont elle est l'objet; on cherche surtout à en comprendre les fondements et les finalités. Rarement cependant fait-elle l'objet d'un effort de conceptualisation en propre.

1.2 L'aire des débats sur l'interdisciplinarité

Suivant l'élaboration de notre problématique de recherche, les constructions de l'intervention permettent de réfléchir les rapports interprofessionnels, puis interdisciplinaires. Si nous ne

nous proposons pas pour faire une autre recension érudite sur le thème de l'interdisciplinarité, il importe d'*a minima* nous situer sur l'aire des débats en la matière.

Depuis une vingtaine d'années de façon plus intense et systématique, l'interdisciplinarité est invoquée, désirée, parfois imposée, souvent réduite à une stratégie organisationnelle, politique et scientifique de mise en séquence du travail sur le social. Elle se voit en outre sévèrement critiquée, notamment pour ce qui serait usurpation d'identité : on en parlerait plus qu'on la pratiquerait réellement. Il semble en effet que cette mise en séquence interprofessionnelle et intersectorielle du travail, que l'on peut réduire, pour un certain nombre de cas, à la multidisciplinarité, apparaisse insuffisante en regard du projet épistémologique interdisciplinaire de recomposition de l'unité de l'Homme (Proust, 1992) et qu'elle rencontre de nombreux écueils (Hamel, 1995) dans sa réalisation pratique. Elle serait néanmoins l'objet de *réussites invisibles* (Faure, 1992), comme autant de réalisations pratiques à la faveur de la proximité au travail. Ces réalisations pratiques forment l'un des deux pôles, si l'on suit l'analyse de Mathurin (1995) de l'aire du débat sur l'interdisciplinarité.

Le premier des pôles du débat a donc une portée épistémologique. L'interdisciplinarité y est considérée comme scientifiquement et éthiquement nécessaire en cette *épistémè* de la complexité. Dans cette perspective, il s'agit de recomposer l'unité de l'Homme, fracturé en autant de spécialités et sous spécialités disciplinaires qu'il en fallait pour atteindre l'illusoire indivis. La recomposition permettrait de récupérer ce qui aurait été perdu dans l'analytique obsessionnelle de la partie. L'émergence de la possibilité même de l'interdisciplinarité comme condition sociale de la pratique professionnelle et scientifique indiquerait l'état de *l'épistémè*, traversée par l'épuisement des métarécits (Lyotard, 1979) et caractérisée notamment par l'essoufflement (partiel) du projet de *mathesis* sous-tendant le programme de l'analytique des parties. D'un point de vue positif, l'analytique du monde (ou son découpage en parties indivis) semble nuisible à la saisie de la complexité. Et d'un point de vue critique, il semble de plus en plus évident que ce projet de saisie positive, même dans sa version complexe, soit somme toute impossible, à tout le moins dans l'ordre du social et de l'humain. Au plan politique, le projet progressiste, tant dans sa version libérale que communiste, a démontré *de facto* son incapacité à résoudre positivement les problèmes. Les promoteurs de l'interdisciplinarité puisent du côté de cette critique une grande part de leur légitimité et de

leur motivation pour exprimer invocations et désirs scientifiques, politiques et organisationnels au *travailler ensemble*.

En ce qui concerne spécifiquement les professionnelles dans les métiers relationnels et appliqués, celles-ci oeuvrent à la croisée de la rationalité scientifique et de la rationalité technologique à travers la reconnaissance sociale de leur expertise et de leur capacité politiquement et juridiquement sanctionnées à agir dans la vie d'autrui. Cependant, leur apport à la diffusion du vrai (raison) et du mieux (normes) fut largement mis à mal pendant les trente dernières années, notamment par le débouloonnement du rationalisme positiviste et par la critique des mouvements sociaux de l'idéologie professionnaliste, comme le mouvement d'antipsychiatrie, par exemple.

De même, la transformation des rapports entre bénéficiaires, prestataires et commanditaires des services induit en pratique une dynamique de collaboration entre groupes professionnels. Or, ce travail interprofessionnel est souvent difficile, parfois insatisfaisant tant pour les professionnelles que pour les bénéficiaires et commanditaires en regard de l'ambition quasi émancipatrice qui habite certaines versions du projet interdisciplinaire.

Les luttes de protection des champs de pratique, les écarts éthiques et la difficulté d'innovation sont autant de critiques adressées aux groupes professionnels. À ces critiques innombrables et incessantes s'ajoutent des critiques plus fondamentales encore. Les professionnelles, comme bras opérationnels de la science, ont échoué dans la résolution positive de nombreux problèmes pratiques. Elles ont pris acte, au moins en partie, de ces critiques et s'ouvrent à l'interdisciplinarité comme moyen d'avancer des éléments de réponse à la crise de confiance les affligeant (Schön, 1994 : 23). L'interdisciplinarité apparaît alors comme une façon de reconstruire de l'intérieur une part de la légitimité professionnelle en réaffirmant le primat de l'efficacité relationnelle, la centration de l'action sur le bénéficiaire, et la reconnaissance de l'incommensurabilité de l'être. Cette capacité à aborder la complexité devient caractéristique de la professionnalité et critère de distinction en regard des

techniciennes⁵ qui, au moins symboliquement, sont confinées à la grandeur inférieure qu'est l'opération technique.

Dans un guide pratique portant sur l'interdisciplinarité et le travail en équipe multidisciplinaire, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (O.P.T.S.Q.) présente l'interdisciplinarité comme un lieu de convergence axiologique favorisant, par un renversement autant inattendu qu'inexpliqué, «le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun [...et] l'intégration de l'identité professionnelle» (1996 : 4)⁶. Il ressort de ce document que les activités interdisciplinaires peuvent engager des professions fortes à travailler avec des professions occupant une position plus faible dans le champ professionnel, favorisant ainsi la reconnaissance de ces dernières. Cette reconnaissance est source, pour l'O.P.T.S.Q., de réconfort identitaire pour le travail social. Le document laisse même entendre que les travailleuses sociales seraient les professionnelles sur lesquelles pourrait s'articuler l'interdisciplinarité, le social étant la sphère la plus large de l'action professionnelle dans le champ sociosanitaire.

Il va cependant sans dire qu'il y a un écart à ce niveau entre les praticiennes et leurs associations professionnelles, les premières demeurant méfiantes quant à l'interdisciplinarité, perçue comme menace à la protection des champs de pratique. Néanmoins, notamment sous l'impulsion de l'État (pensons à la création du dernier ordre professionnel regroupant quatre groupes professionnels, au travail de normalisation du titre de psychothérapeute, et au développement du concept d'*acte partagé* qui en découle), le débat sur l'interdisciplinarité se réalise largement dans les pratiques des professions relationnelles. Par exemple, Nélisse (1996) a démontré par ses travaux sur la Trousse médico-légale qu'une telle technologie sociale avait eu pour conséquence d'engager dans une négociation du travail auparavant exceptionnelle les travailleuses sociales, les médecins, les infirmières, les policiers, etc., jusqu'alors impliqués de façon sérielle dans une affaire d'agression sexuelle, et ce sans

⁵ Pour notre champ d'observation spécifique, une telle distinction est peu ostensible car dans les faits chacune réalise une tâche similaire à l'autre. L'âge, la position dans l'organisation ou l'adhésion à certaines normes semblent beaucoup plus discriminants à ce propos.

⁶ Ce document présente une curiosité intéressante : alors qu'il annonce en intitulé le chemin menant de *la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité*, le document présente d'abord les avantages et conditions de l'interdisciplinarité, pour conclure sur des conseils pratiques quant à la multidisciplinarité, soit le chemin inverse de l'intitulé. La réalité du travail serait-elle d'abord multidisciplinaire ?

compter les victimes de viol et les militantes les accompagnant. Cette négociation quasi involontaire apparaît comme une activité interdisciplinaire, hors d'une équipe multidisciplinaire formelle, où chacune est engagée par une technologie sociale à articuler ses interventions à celles des autres⁷.

Au niveau du pôle épistémologique du débat, l'interdisciplinarité est présentée aux professionnelles comme une nécessité éthique, politique et scientifique par-delà, voire à l'encontre, de leurs pratiques effectives de collaboration. Ce faisant, le projet interdisciplinaire apparaît au mieux comme une voie incontournable de renouvellement du professionnalisme d'antan, sinon comme la brute imposition d'une conception du travail de technocrates formés à maîtriser la complexité. S'ajoute à ces transformations endoprofessionnelles et étatiques, quantité de dynamiques organisationnelles qui, chacune, pourrait illustrer notre propos sur les injonctions au travail interdisciplinaire dans le champ des services sociosanitaires. Bref, nous effectuons ici un premier recadrage en réfléchissant l'interdisciplinarité d'abord comme une transformation des différents contextes de pratique (certes sous-tendus par des transformations épistémiques) plutôt que comme une nécessité normative⁸ de l'efficace, de l'autrement, ou de toutes les figures du *mieux* épistémologique et éthique.

À ce propos, une courte visite des écrits démontre à quel point le débat sur l'interdisciplinarité est normatif, voire programmatique. Voici, pour illustrer de notre propos, un extrait de l'introduction d'un ouvrage collectif sur ce thème :

L'interdisciplinarité s'affirme ainsi comme une critique de la spécialisation et refus de cet ordre institutionnel divisé, après la fragmentation de la philosophie, en «districts du savoir». Elle est, en tout cas, une exigence du parcours réflexif, du dépassement du savoir disciplinaire, surtout lorsque, sous l'impulsion d'une sorte de tentation suicidaire, la discipline se dégrade en hyper spécialisation. (Portella, 1991 : 17)

En outre, l'interdisciplinarité est-elle l'apanage d'une épistémologie actancielle et d'un projet programmatique réflexif, au sens de Schon (1994) ? Si l'interdisciplinarité apparaît en modernité avancée (donc vers la fin de l'épuisement du projet de *mathesis*), implique-t-elle forcément une épistémologie postmoderne? Serait-il incongru de la concevoir à travers

⁷ Nous développerons cet exemple au second chapitre.

⁸ Notre réflexion ne clôt évidemment pas la réflexion quant à une telle nécessité. De plus, il est vrai que les transformations sociales et épistémiques peuvent aussi se formuler à travers une nécessité morale ou normative.

d'autres épistémologies, néopositivistes, par exemple ? En clair, nous nous posons cette question : l'interdisciplinarité procède-t-elle d'une épistémologie spécifique ? Nous pensons que non et que les lectures des transformations de l'*épistémè* peuvent se réaliser en fonction d'une variété de regards. Si nous prenons acte de la critique postmoderne, des plus heuristiques, cette reconnaissance ne conduit pas forcément à l'unification épistémologique car, auquel cas, les postmodernes apparaîtraient comme les derniers barbares (pour détourner un peu la pensée de Lyotard) de la pensée épistémologique unique. Étrange paradoxe, s'il en est un. Cependant, si ce courant de pensée se réfère spécifiquement à la nécessité d'une émancipation du paradigme positiviste, que suppose et sous-tend la *mathesis*, pour réaliser le projet interdisciplinaire, le débat s'ouvre alors à une pluralité de formulations épistémologiques. Nous pensons que hors d'un positivisme mythique et d'un postmodernisme insaisissable, la diversité épistémologique demeure des plus grandes.

Dit praxéologique, le second pôle du débat sur l'interdisciplinarité tel qu'élucidé par Mathurin (1995), pose l'interdisciplinarité comme un métissage pratique de secteurs professionnels et disciplinaires à l'occasion du partage d'un «espace commun» (Gusdorf, 1988 : 872) de travail, dont les traces pratiques, les diverses réalisations pratiques, constituent les artefacts observables d'une transformation du travail. Ce faisant, il devient possible de repenser une condition du travail dans les métiers relationnels comme véritable et transhistorique lieu de l'interdisciplinarité : la complexité des objets et des situations de travail. Ce second pôle constitue, toujours selon Mathurin (1995), la part en partie occultée du débat qui nous occupe ici.

Dans le cadre de nos travaux doctoraux, nous nous intéressons surtout à ce second pôle où la coopération interprofessionnelle, puis interdisciplinaire, est appréhendée au moment de son effectuation plutôt qu'à travers les nombreuses activités de promotion ou de conceptualisation dont elle est l'objet, et ce tant de la part des employeurs, des technostructures, que des écoles de formation professionnelle. La coopération dont il est question ici apparaît d'abord comme une condition pratique émergente du travail dans les métiers relationnels plutôt que comme une nécessité éthique, praxéologique ou épistémologique de *travailler ensemble*. Le regard du chercheur se tourne alors du côté des

raisons pratiques (Bourdieu, 1994) qui entrent en jeu et qui se transmutent peu à peu en sens pratique (Bourdieu, 1980).

De notre point de vue, par-delà les insatisfactions ou interrogations que la collaboration soulève, les pratiques interprofessionnelles produisent autant d'effets voulus que non voulus, dont, en l'occurrence, l'élaboration d'une langue pratique de l'intervention, d'un «interlangage» (Apostel, 1972 : 79), indice selon nous d'une interdisciplinarité pratique émergente. Crapuchet affirme dès 1974, avec une vision d'avenir surprenante de clairvoyance, que «naîtra l'usage d'une langue commune à tous ceux qui "interviennent"» (1974 : 15). Sur la base de cette première intuition, nous avons cherché par cette thèse à reconstruire les sens et les usages de la notion d'intervention, considérés comme indices significatifs de l'élaboration de cette langue de l'interdisciplinarité pratique en émergence.

L'objet même de cette recherche pose l'interdisciplinarité en son cœur, à la fois à travers un objet, l'intervention, un contexte (les transformations de la professionnalité), une perspective explicative (la grammaire), et un projet praxéologique (une meilleure compréhension des conditions de l'interdisciplinarité entre groupes professionnels). Là peut apparaître un paradoxe dans l'élaboration de notre problématique de recherche. D'une part, nous suivons Mathurin dans son analyse de l'aire des débats sur l'interdisciplinarité et nous campons résolument notre recherche dans son pôle praxéologique. Nous pensons que notre recherche ouvre néanmoins, d'autre part, sur une réflexion quant à l'*épistémè* de l'interdisciplinarité, mais en des termes moins programmatiques ou moraux que ceux qui animent certains proclamateurs de l'interdisciplinarité. Car notre propos n'est pas d'invalider le premier pôle, loin s'en faut. En fait, si nous partageons l'analyse que les pratiques interdisciplinaires traduisent une transformation de l'*épistémè*, nous émettons des doutes quant à une lecture strictement postmoderne de celle-ci. Par exemple, en conclusion de l'édition révisée en 1992 de leur ouvrage sur l'interdisciplinarité, Crapuchet et Salomon citent Gusdorf qui rappelle que : «l'unité des méthodologies ne peut être réalisée en dehors d'une méthodologie de l'unité; elle même fondée sur une recherche de l'unité de l'humain» (1992 : 230), ce à quoi nous adhérons, mais avec la spécificité que nous n'accordons pas d'emblée une vertu programmatique à ce projet d'unification de l'Homme. Il peut être lu et critiqué, entre autres,

comme une avancée néopositiviste de la volonté de colonisation du tacite, par exemple (Eraly, 1994 ; Couturier, 2000).

Nous préférons en effet explorer une piste d'inspiration foucaldienne où cette méthode de l'unité est actualisation du biopouvoir en contexte de modernité avancée. Ce faisant, nous renonçons à l'insoutenable désir de retrouver le paradis perdu de l'Homme total et véritable en nous limitant à analyser une condition émergente du *travail sur le social* en modernité avancée.

C'est pourquoi nous délaissions le continuum classique en la matière entre multi, inter et transdisciplinarité, comme autant d'étapes vers le *mieux* épistémologique, au profit d'un continuum plus analytique, et moins programmatique, de la proximité au travail, de l'interprofessionnalité, puis éventuellement de l'interdisciplinarité. Dussault (1990)⁹ a élaboré un tel continuum de la collaboration professionnelle qui se présente comme suit: 1) pratiques individuelles, 2) échanges d'informations, 3) consultations, 4) coordination, 5) multidisciplinarité, et 6) interdisciplinarité. Ce continuum est intéressant puisqu'il vise moins à décrire des mises en forme conceptuelle, organisationnelle ou politique du travail qu'une élaboration pratique de la collaboration interprofessionnelle. Notre propos est néanmoins quelque peu différent de celui qui sous-tend ce continuum, qui nous apparaît quelque peu développementaliste, avec une interdisciplinarité ultime à l'un de ses pôles. L'interdisciplinarité pratique est pour nous métissage quotidien des regards et des langues disciplinaires à la faveur d'une proximité au travail et d'un partage des tâches. Elle ne se réalise pas forcément en ce *mieux* visé scientifiquement ou politiquement. Le métissage est d'abord une affaire pratique qui se déroule dans un champ de forces qu'il est possible de lire pour en analyser la composition et l'orientation. L'envers du développementalisme est l'hypothèse d'une génération spontanée, hypothèse que nous rejetons également ici. Selon une telle hypothèse, la langue nouvelle serait le fruit objectif de la rencontre de deux géniteurs linguistiques, quasi soumis aux règles d'une génétique linguistique. Or, comme pour le métissage d'une linge, les apports des deux «géniteurs» sont situés et déséquilibrés, et ce déséquilibre est objet d'une analyse utile à l'analyse du travail. Par exemple, pour

⁹ Cité dans Laguë, Donovan (1998).

poursuivre l'analogie ethnolinguistique, les affaires de l'âme peuvent s'exprimer par l'une des langues qui se métissent, souvent la langue maternelle, et les affaires publiques par l'autre de ces langues, souvent la langue du conquérant. Il en va de même du métissage des disciplines, qui apparaît alors comme une créolisation inscrite, dans notre perspective, dans un rapport grammatical *d'appropriation/domination*.

Nous concevons donc l'interdisciplinarité comme un état du *travail sur le social* analysable par l'observation des conditions empiriques des pratiques. Ces conditions sont relativement nouvelles et traduisent les transformations mêmes des formes institutionnelles de l'État social, d'une part, et les transformations de la professionnalité (salarial, critique des mouvements sociaux, etc.), d'autre part. Par exemple, l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec intitule ainsi une section d'un document de réflexion présentant l'un des enjeux sociaux traités à l'occasion de ses états généraux en 1998 :

Une pratique sociale marquée par l'interdisciplinarité, l'utilisation des professions de façon plus ou moins interchangeable, la compétition interprofessionnelle et l'envahissement du champ social par d'autres professions (O.P.T.S.Q., 1998 : 6)

Au plan politique, l'interdisciplinarité s'énonce bien souvent comme une injonction à *travailler ensemble*, menaçante pour les groupes professionnels occupant une position incertaine dans le champ professionnel. Ce débat est d'autant plus intense au sein des deux groupes professionnels au cœur de notre étude qu'ils se posent tous deux, et à bon droit, comme des productions «disciplinaires» de l'interdisciplinarité *de facto*. Oeuvrer comme infirmière ou comme travailleuse sociale c'est, de ce point de vue, l'interdisciplinarité réalisée. Les deux groupes se revendiquent même comme les mieux placés pour servir de pivot à l'articulation interdisciplinaire en C.L.S.C. Ce faisant, le débat met moins en jeu l'interdisciplinarité entre deux groupes professionnels que le travail interprofessionnel comme tel à partir de lieux qui peuvent se concevoir comme des réalisations mêmes de l'interdisciplinarité. Il suffit de lire les programmes des formations professionnelles de ces deux groupes pour constater à quel point leurs ancrages disciplinaires sont multiples. Selon cette perspective, l'interdisciplinarité n'est-elle alors qu'un débat disciplinaire, au sens universitaire du terme? Et les exigences de l'application ne conduisent-elles pas forcément à une interdisciplinarité pratique? Nous pensons que ce regard «monodisciplinaire» sur l'interdisciplinaire enrichit le débat, à tout le moins au niveau du pôle praxéologique.

Cette critique a le mérite de faire tourner le regard du chercheur des disciplines comme topologie des savoirs produits de la *mathesis* vers les pratiques professionnelles comme interdisciplinarité réalisée. En effet, infirmières et travailleuses sociales puisent dans des corpus disciplinaires pour se constituer à la fois un champ de pratique mais aussi leurs propres modèles d'intervention, leurs cadres d'analyse, leur topologie des actes, des responsabilités et des savoirs. Que se passe-t-il alors dans la rencontre interprofessionnelle? Il se passe, entre autres, le déséquilibre des modèles de pratique, le mouvement, la dialectique, la confrontation, la rencontre en pratique de la complexité et de l'incommensurable, ainsi que la rencontre de l'exigence praxico-éthique suivante : au-delà du vrai disciplinaire, l'action doit être efficace. Ces dimensions caractérisent fortement la nécessité pratique de la coopération.

Découle de cette réflexion une question importante : faut-il alors instituer l'interdisciplinarité? N'y a-t-il pas un risque de perdre en déséquilibre, en mouvement? Plus largement, les diverses théories du sujet, et les nombreuses recherches actuelles visant à expliciter l'implicite, à dire l'indicible, à provoquer le réflexif, à modéliser le complexe, ne procèdent-elles pas d'une colonisation du tacite comme avancée actualisée (et paradoxale) du projet de *mathesis* dans un discours *a priori* plus relativiste?¹⁰

1.2.1 Au-delà des deux pôles du débat sur l'interdisciplinarité

Pour pousser plus avant la réflexion sur l'interdisciplinarité et pour en démontrer la pluralité des facettes, nous allons décomposer en cinq secteurs l'aire des débats sur l'interdisciplinarité: celle-ci est considérée comme a) la rencontre des topiques, b) une action praxéologique sur le réel, c) une composition méthodologique, d) un dialogue épistémologique, et e) comme incommensurabilité des objets.

A. La rencontre des topiques

Comme nous l'avons évoqué *supra*, Mathurin (1995) conclut une recherche retraçant les paramètres du débat sur l'interdisciplinarité en affirmant qu'il se déroule en regard de deux pôles : praxéologique (l'efficacité des actions sur le complexe) et épistémologique (l'unité des

¹⁰ Nous avons développé ce thème dans notre mémoire de maîtrise en questionnant le courant schönnien. De même, nous avons publié un article (Couturier, 2000) sur le thème de l'inflation réflexive et de la colonisation du tacite dans les métiers relationnels.

savoirs). L'auteur conclut que l'interdisciplinarité pratique est antérieure à l'Université (par exemple dans l'activité des professionnelles) et que, malgré cette antériorité, elle est en grande partie occultée par le débat épistémologique qui a préséance sur le débat praxéologique.

Pourtant, les diverses disciplines appliquées ne font pas que se jouxter. Elles se regardent, échangent entre elles, se pillent, se critiquent, engendrent de nouvelles disciplines et pratiques professionnelles. Ces échanges de toutes sortes constituent pour nous une condition importante de l'interdisciplinarité. De même, la division des disciplines impose comme règle de scientificité l'insertion et la publication des activités scientifiques et de leurs résultats dans le champ scientifique. Les connaissances circulent et s'exposent alors dans un espace public ouvert à la critique, à la falsification, au phagocytage. Et ce phagocytage est en lui-même une condition importante de l'interdisciplinarité. Le scientifique qui puise à gauche et à droite, parfois de façon inconsciente, en divers savoirs et diverses méthodes réalise, en fonction des règles de son propre métier, une composition interdisciplinaire en phase avec la nécessaire application de l'acte «professionnel» de recherche. Hamel (1995b) pense à ce propos que les savoirs importés d'une discipline à l'autre le sont souvent dans l'esprit de domestication disciplinaire; ils sont alors «disciplinés», intégrés de nature aux savoirs dits disciplinaires. D'une certaine façon, ces rencontres topiques sont d'abord luttes de champs, luttes de distinction, luttes d'appropriation dans l'espace social. Si nous abondons dans le même sens que Hamel, il est possible d'entrevoir aussi ces luttes à travers leurs effets transformateurs au niveau de la structure des possibles de l'interdisciplinarité.

Par ailleurs, Lesemann (1984 : 12) rappelle dans un texte fondateur du programme interdisciplinaire qu'est le Ph. D. en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal que : «L'intégration d'un grand nombre d'écoles professionnelles ou de programmes thématiques au sein des universités nord-américaines [...] a en outre dans les faits contribué à introduire le débat interdisciplinaire dans l'Université». L'auteur conclut, en appui sur les travaux de Crevier (1994), qu'il y a une approche épistémologique de l'interdisciplinarité, et une approche praxéologique, qu'illustre d'ailleurs sa réflexion sur les écoles professionnelles, sur la nécessité pratique de trouver des solutions à des situations complexes en C.L.S.C., en Protection de la jeunesse, etc. Le création même du doctorat en sciences humaines appliquées s'inspirerait d'abord de cette dernière perspective.

Cette séparation épistémologie/praxéologie structure plus ou moins explicitement les réflexions que nous avons lues sur l'interdisciplinarité et permet de repenser la rencontre des topiques autrement que comme un simple débat disciplinaire, au sens universitaire du terme. Les disciplines se rencontrent certes dans le champ scientifique, dans les divers métissages disciplinaires mais aussi, et pour nous surtout, à l'occasion de la proximité au travail transcendée des exigences d'efficacité praxéologique.

B. L'action sur et avec le réel

Pour de nombreux auteurs, il semble que l'interdisciplinarité soit d'abord une réponse à «une demande d'efficacité technique ou sociale» (Lesemann, 1984 : 11), ce qui se traduit par une définition de la *praxis* interdisciplinaire comme action efficace, nécessaire, éthique (Ladrière, 1989). Elle est ajustement aux nécessités des contextes sociaux et scientifiques, d'où parfois les formulations à teneur normative, voire programmatique, que l'on retrouve dans les écrits organisationnels ou politiques à ce propos. Hamel questionne cette tonalité normative de la façon suivante :

Si tant est que l'interdisciplinarité trouve sa raison d'être face à l'action, sa vogue actuelle vient souligner une volonté toute gestionnaire de lier les sciences et leurs disciplines entre elles pour éventuellement les attacher étroitement à l'action (1995 : 17).

Lyotard appuie d'une certaine façon ce point de vue en écrivant que

[...] l'idée d'interdisciplinarité appartient en propre à l'époque de la délégitimation et à son empirisme pressé. Le rapport au savoir n'est pas celui de la réalisation de la vie de l'esprit ou de l'émancipation de l'humanité; c'est celui des utilisateurs d'un outillage conceptuel et matériel complexe et des bénéficiaires de la performance (1979 : 86).

Cette position détonne un peu de la conception de l'interdisciplinarité comme moyen d'humanisation de la science et de la technique telle qu'énoncée par certaines épistémologies et méthodologies du retour du sujet. En fait, elle renverse les présupposés humanistes d'une certaine interdisciplinarité programmatique en rappelant qu'elle peut aussi se comprendre comme assujettissement au nécessaire, à l'efficace, à l'éthique¹¹, au quel cas elle devient plus créolisation que neutre rencontre des topiques.

¹¹ Il importe de ne pas essentialiser l'éthique en rappelant qu'elle porte aussi une vision et une projection du monde forcément objets de débats. L'éthique est intrinsèquement plurielle. En cas contraire, elle n'est que vieille morale et s'oppose, d'une certaine façon, au politique comme espace de discussion.

Néanmoins, dans la perspective de Hamel, l'interdisciplinarité apparaît comme un mode appliqué de résolution de problèmes par le passage de «l'explication à l'action» (1995b : 202), par la mobilisation de tout savoir, de toute provenance, nécessaire à l'action. Et c'est dans ce passage que l'interdisciplinarité prend une part importante de sa légitimité sociale et scientifique. Cela pose les disciplines appliquées, comme le sont de façon intense le nursing et le travail social, comme des lieux privilégiés de l'interdisciplinarité pratique.

Cette conceptualisation appuie-t-elle l'idée d'une réduction de l'interdisciplinarité à l'interprofessionnalité, comme mise en dialogue de la diversité des regards disciplinaires ? Cette réflexion était certes un tel recentrage en invitant le chercheur à porter son regard sur l'action et ce qui la sous-tend, en vue d'en comprendre certains principes; d'une certaine façon, la comparaison avec l'interprofessionnalité ramène l'interdisciplinarité à l'enseigne de l'action socialement située et de ses effets sur les corps de connaissances disciplinaires. Il semble alors que le véritable apport de l'interdisciplinarité au débat épistémologique (ici au sens français de science de la science) est précisément d'aller au-delà des synthèses concrètes que sont les groupes professionnels pour repousser les frontières de l'effort de connaissance.

❖ C. La composition méthodologique

Dans la pratique de recherche et les pratiques professionnelles, l'interdisciplinarité se repère aussi à travers des échanges méthodologiques. L'importation d'éléments méthodologiques prévalant en d'autres disciplines constitue dans nombre de cas une source de validation et de réalisation de la bonne volonté interdisciplinaire. Il va sans dire que la juxtaposition de méthodes (du type triangulation en recherche) ne constitue pas en elle-même une source d'interdisciplinarité si elle ne permet pas une transformation du regard sur les objets.

Pourtant, le chercheur ou la professionnelle, qui constituent en eux-mêmes des synthèses concrètes par leur métier respectif, peuvent composer une action effective à partir d'un assemblage méthodologique des plus interdisciplinaires. Ce qui importe ici, ce n'est pas la juxtaposition des méthodes mais bien la composition du chercheur ou de la professionnelle dans la réalisation de leur travail. L'acte de composer signifie à la fois *faire avec* et *créer in situ*, ce qui traduit toute la complexité du travail dans les métiers relationnels.

D. Le dialogue épistémologique

Hamel (1995b : 197) pense que l'interdisciplinarité passe d'abord par la production d'une métathéorie permettant de jeter des ponts entre les diverses théories substantives produites dans l'espace scientifique. Il rappelle ainsi la conclusion de Foucault dans *Les mots et les choses* (1966) annonçant une nouvelle *épistémè*, dont les exemples ultimes de réalisation seraient la psychanalyse ou l'ethnologie, vers lesquelles pourraient converger nombre de savoirs disciplinaires à la faveur du vaste projet de l'élaboration d'une anthropologie.

Que sont ces métathéories? Il peut s'agir de la juxtaposition de grandes explications dont l'articulation embrasserait l'objet dans toute sa complexité. Cependant, l'articulation en elle-même présuppose un cadre théorique intégrateur. Ce dernier est-il autre chose qu'une épistémologie (ici au sens d'une théorie de la connaissance)? Dans ce cas, la convergence se réalise par le partage d'un même regard sur le monde, les disciplines s'y dissolvant. Dans cette perspective, l'interdisciplinarité est moins métissage des disciplines que famille épistémologique, avec les risques de consanguinité (pour poursuivre l'allégorie) que cela comporte.

E. L'incommensurabilité des objets

Hamel rappelle que le découpage des objets, parce qu'ils sont incommensurables, est une condition structurelle du travail scientifique (1995b : 196). Une telle condition concerne également les pratiques professionnelles même si, pour celles-là, le découpage est d'abord typification plutôt que problématisation des objets. Mais en tous les cas de figure, la composition disciplinaire des découpages effectués est le reflet direct de l'incommensurabilité des objets, tel qu'il peut se concevoir à travers le regard de la discipline. Pour Hamel, l'interdisciplinarité est moins dans les objets que dans la volonté de jeter des ponts entre les diverses explications qu'engagent les découpages en question. Mais si l'interdisciplinarité se caractérise par le passage de concepts d'une discipline à l'autre, d'un découpage à l'autre, d'une problématisation à l'autre, il faut néanmoins que l'objet puisse être pensé comme totalité.

1.2.2 De l'intervention à l'interdisciplinarité des objets

L'éclatement du débat sur l'interdisciplinarité que nous avons effectué *supra* permet de penser notre objet, l'intervention, comme objet situé et *total*. Nous l'estimons total en ce sens que l'intervention comprend pour nous à la fois une dimension d'application et de résolution des problèmes de la complexité tels qu'ils se présentent à l'expérience, que cette notion permet en pratique la rencontre des topiques, que cela favorise le métissage et la créolisation des langues disciplinaires, et qu'elle forme ainsi un objet de lutte symbolique dans la production même du champ interprofessionnel. Cette problématisation invite le chercheur à modifier son regard sur son objet, en passant du désir de promouvoir le *mieux* interdisciplinaire au désir d'en comprendre les *possibles*.

L'objet *intervention* permet d'avancer l'idée que l'interdisciplinarité peut passer, entre autres, par certains objets langagiers, pour lesquels la fonction de synthèse concrète et sa sédimentation en schèmes opératoires reflètent le social dans sa complexité. L'objet est alors construit et abordé comme tel et présuppose une volonté d'établir des liens, forcément théoriques, entre différentes catégories pratiques (celles présentes dans les écrits professionnels, par exemple), des théories formelles (celle de Nélisse (1997) par exemple), des schèmes pratiques reconstruits à partir de pratiques observées. Langage, cognition, affects, représentations et actions professionnelles, entre autres, se rencontrent ainsi par l'articulation *intervention*. L'interdisciplinarité se trouve alors à la croisée d'une construction de l'objet *intervention* comme totalité, de méthodes composites et composées, et d'un projet explicatif métathéorique. Car il ne suffit pas d'invoquer l'état d'une quelconque *épistémè* du *travailler ensemble*, ni même les exigences pragmatiques de la rencontre interprofessionnelle, pour que se réalise l'interdisciplinarité : il faut plutôt la réfléchir dans son effectuation pour en analyser les possibles. Car si l'invite à *travailler ensemble* est certes indice d'une interdisciplinarité pratique émergente, nous pensons avec Dubost (1987) qu'il ne suffit pas de considérer le lieu de l'intervention comme réalité de l'interdisciplinarité ; l'interventionnisme en est aussi l'un de ses principes épistémiques actuels.

CHAPITRE 2. CONCEPTS ET CATÉGORIES DE L'INTERVENTION

Le projet de ce chapitre n'est pas à proprement parler de conceptualiser la notion d'intervention. Il en va plutôt de recenser les usages livresques et les courants analytiques existants de façon à faire apparaître l'espace des possibles auquel notre objet participe. Au terme de ce chapitre, cet espace sera conceptualisé de façon à construire un outil provisoire d'analyse conceptuelle utile pour la suite de la thèse. Cependant, il n'est pas question ici de postuler une adéquation entre les usages livresques de l'intervention que nous avons recensés et les usages pratiques recensés sur le terrain. Notre intention se limite à pouvoir éventuellement mettre en relation, *a priori* inconnue, ces différents usages. Si l'exercice livresque est certes nécessaire au travail de préconceptualisation, il demeure néanmoins assujéti aux informations provenant de l'empirie. Les quelques morceaux théoriques qui émergent de l'exercice ont donc un statut provisoire et heuristique, et sont conçus de façon strictement formelle comme hypothèse de travail, au sens de point de départ à la réflexion plutôt que comme point d'arrivée appréhendé.

Pour ce faire, nous avons recensé des ouvrages conceptualisant la notion d'intervention. À ces ouvrages, somme toute assez peu nombreux, nous avons ajouté des ouvrages issus des écrits professionnels provenant tant des sciences infirmières que du travail social, de façon à brosser le portrait le plus large possible de ce qui s'écrit sur l'intervention par les deux groupes professionnels. Nous avons réduit cependant notre champ de lecture aux ouvrages de langue française, ou traduit¹² en langue française, de façon à demeurer, au moins au plan linguistique, dans un univers sémantique partagé.

Un essai de définition formelle provisoire d'*intervention*

Intervenir, venir entre, s'interposer, se mêler de, agir pour influencer le cours des choses...Bref, le mot traduit l'idée d'une opposition au laisser-aller du cours naturel des choses. Il implique un venant, le tiers, autorisé d'une quelconque façon à venir, et un venu, avec un objet-problème qui le problématise. Cette intrusion constitue une prise de risques de la part de l'intervenante (Boutin, Durning, 1994 : 169), notamment en ce qui concerne le risque

¹² Ce n'est pas le fait qu'un ouvrage soit traduit qui importe, mais bien le fait que cette traduction exprime un usage dans les communautés techniques québécoises.

d'interventionnisme (1994 : 185) ; s'il faut intervenir, il faut le faire dans la stricte mesure de la légitimité qui sous-tend l'intrusion. L'action suppose donc une légitimité, est idéalement «volontaire», met en œuvre une capacité relative et poursuit un résultat escompté. Dans le cas où ces caractéristiques sont absentes, il s'agit d'un simple événement (Legault, 1997) sans filiation à une légitimité ou à une visée. Le terme *intervention* est un mot plus fort, plus structurant, qu'*action* ou *aide*, dans le premier cas trop flou pour dire ce qui est fait, dans le second cas daté, aujourd'hui affaire privée, affaire de l'ombre pour certains, souvent la part personnelle dans le travail des métiers relationnels. En outre, l'intervention est plus qu'action, elle est proaction (Guay, 1991 : 139); elle a un surcroît d'intentionnalité qui en appelle tant à une légitimité forte qu'à une mobilisation méthodique du *faire*. La notion d'intervention se distingue en outre de *réflexion* ou *d'analyse* : elle est action comme mobilisation de soi et technique de l'efficace. L'intervention est néanmoins une action globale qui inclut toutes les activités nécessaires à l'atteinte d'une fin. Donc, en outre d'être une technique de l'efficace, elle est aussi une technique des effets concrets et mesurables.

Étymologiquement, inter-venir suggère donc l'idée d'une interposition, voire d'une ingérence, ce qui pose la question de la légitimité la sous-tendant, pierre d'angle de toute intervention. Zuniga rappelle comment ce terme exprime dans l'histoire l'idée de violence et d'intrusion. Le terme «est trempé de directionnalité, d'asymétrie» (1997 : 88), écrit-il. «[Les] connotations du terme renvoient à l'idée d'autorité [liée] à l'existence d'un droit, la conséquence d'un statut, l'exercice d'une compétence -ou d'une position de pouvoir», précise Dubost (1987 : 151). Il implique aussi la problématisation *a priori*, *in situ* et *a posteriori* d'un objet (notamment dans les notes au dossier), et ce de façon telle qu'un impératif d'action se déploie dans toute son évidence.

L'intervention implique, pour les pratiques professionnelles, une relation contextualisée ainsi qu'un rapport d'ordonnancement et d'extériorité structurés par le savoir ou le statut. Elle concerne donc deux ordres de réalité différents, l'usager et la professionnelle, et que le second agisse ponctuellement sur le premier en regard d'objectifs de changement socialement légitimés. Il s'agit donc de la capacité d'un agent d'infléchir le comportement ou l'attitude d'autrui dans le cadre d'une relation asymétrique, déléguée, consciente, volontaire, finalisée et qui se décompose en actes.

Intervention désigne donc, en les articulant :

- une activité, une tâche, une fonction : diagnostiquer, évaluer, conseiller, etc. ;
- une méthode : l'intervention en situation de crise, court terme, etc. ;
- une approche : l'intervention féministe, communautaire, structurelle, etc. ;
- un courant disciplinaire : l'intervention sociologique, etc. ;
- une orientation philosophique d'un acteur institutionnel : l'intervention du module de soutien à domicile, etc. ;
- la pratique d'une profession : l'intervention psychologique, etc. ;
- un objet : l'intervention en santé mentale, l'intervention sanitaire, etc. ;
- une ingénierie sociale : l'intervention technocratique, etc. ;
- des technologies : l'intervention par le toucher affectif, par la trousse médico-légale, etc. ;
- des contextes : l'intervention en C.L.S.C., etc. ;
- des actants : l'intervention de l'expert, etc. ;
- des légitimités : l'intervention pour le maintien de la vie, la protection de l'enfance, etc.

2.1 Les usages d'*intervention* dans les écrits des sciences sociales

Ce qui précède n'est cependant pas d'une grande utilité pour avancer une réflexion substantielle quant à notre objet. C'est pourquoi nous tournons le regard vers les écrits provenant des sciences sociales, en attendant d'entrer plus avant dans les écrits plus spécifiques provenant des sciences infirmières et du travail social, de façon à reconstruire les éléments théoriques nécessaires à l'élaboration de la problématique de recherche.

Nous avons trouvé une réflexion intéressante quant à l'intervention du côté des écrits provenant des sciences du management. Pour Robichaud, par exemple, la «dimension relationnelle est la pierre angulaire de toute intervention en gestion.» (1998 : 41). Cependant, nous avons vu une séparation intradisciplinaire entre la posture de la relation à un sujet et celle du rapport à un objet à travers l'importante distinction que le management effectue entre le rapport décisionnel et le rapport marchand. Le premier de ces rapports est intrusion relativement unilatérale et univoque dans la vie des sujets, alors que le second implique une collaboration, un accord intersubjectif sur ce qui est fait par les divers partenaires dans le cadre de la réalisation d'un contrat ou d'une transaction.

Nous avons retrouvé chez Hannequart et Greffe (1985) ce qui nous semble un paradoxe central aux sciences économiques. L'intervention économique, soit l'une des acceptions parmi les plus stabilisées de la notion d'intervention, est à la fois le fait d'un acteur collectif essentialisé (l'État ou une agence quelconque) et l'agrégat positif d'actions de sujets rationnels. Mais en tous les cas, l'intervention est une action directe sur les citoyens/consommateurs/usagers, aux effets mesurables, évidemment. Ces auteurs écrivent : «les interventions sociales sont donc des mécanismes d'incitation et d'agrégation des comportements individuels [...et] sont inévitablement des mécanismes de distribution d'utilités et de coûts entre les individus» (1985 : 12). Par ailleurs, Morin (1987) rappelle que l'intervention en entreprise fut d'abord pratiquée par les premiers ingénieurs formés à l'école taylorienne ; il s'agissait d'appliquer l'organisation scientifique du travail à une entreprise *a priori* réfractaire à un tel changement.

En droit, l'intervention se réfère d'abord au tiers qui prend part à un procès qui ne le concerne pas au premier titre. Ainsi, c'est dans les disciplines juridiques que se trouvent les définitions les plus stabilisées que nous avons pu trouver. L'intervention, dite accessoire, conservatoire, principale, etc.¹³ est une forme d'exception à l'immutabilité du litige (C.R.D.P.Q., 1985 : 109). Elle signifie aussi arrêt d'agir, en cour comme sur la rue ; il s'agit notamment de l'intervention policière (Prévost, 1989), soit une intervention d'autorité. Le caractère extérieur de l'intervention est ici évident. Il faut noter que le principal sens qu'accorde Le petit Robert (1981) au mot *intervenir* est celui-là. Belley, cependant, se rapproche de notre essai de formalisation de la notion d'intervention en écrivant que :

Intervenir à titre de juriste, c'est énoncer, qualifier, définir, inventorier, avec les mots du droit. C'est, en bout de course, discerner le moyen à utiliser, la conduite à tenir, la décision à prendre en fonction de ce qui est déjà nommé dans le droit. (1997 : 52)

L'intervention n'est donc pas ici *praxis*, ni relation, mais acte de détermination du *bon droit*. La perspective relationnelle est toutefois présente, souvent rapportée à la part marchande de la pratique du droit ou de la pratique notariale. Comme en de nombreuses autres situations, le terme *intervention* permet de signaler la part périphérique à la pratique professionnelle, soit la part relationnelle, où il faut écouter les doléances du client, ses désirs, etc. Dans ce dernier cas,

¹³ Il s'agit de procédures formelles décrites dans le Code civil.

des tentatives d'élargissement de l'intervention sont effectuées (Roy, 1997), en en appelant à l'humanité de toute relation.

En médecine, l'intervention est geste correctif qui vise moins à changer qu'à interrompre (ou contrôler) un processus débilitant. Foucault écrit à propos des caractéristiques du diagnostic médical qu'ils constituent des :

[...] privilèges d'un regard pur, antérieur à toute intervention. Fidèle et immédiat qu'il reprend sans le modifier, et ceux d'un regard équipé de toute une armature logique qui exorcise d'entrée de jeu la naïveté d'un empirisme non préparé. [...] Le regard qui observe se garde d'intervenir : il est muet et sans geste. (1963 : 107)

Du côté de la psychologie, Royer définit l'intervention psychologique comme

une action ou une série d'actes concrets posés par un professionnel qui s'inspire des données de la psychologie, l'intervention psychologique remet constamment les individus face à des dimensions importantes de la complexité du comportement de l'homme (1973 : 781-782).

Focalisons ici le regard du côté du courant dit praxéologique qui s'est développé à la jonction du champ de la psychologie humaniste et des sciences du management, et dont la figure de proue est Schön (1994 ; 1996). L'explicitation des savoirs d'action par diverses méthodes dites réflexives constitue ici la source d'un renouveau professionnel permettant de sortir les professions de la crise de confiance les affectant par une praxisation, si l'on peut dire, de la pratique professionnelle. Plusieurs ouvrages de ce courant ont une structure où l'on démontre *a priori* le mauvais (la technocratie, forcément machiavélique, la science, irréductiblement comtienne, les gestionnaires et formateurs des écoles professionnelles, hérétiques, puisque impratiquants) pour conclure sur le bon de la *praxis* de professionnelles éclairées et volontaires.

En outre, les «interventions thérapeutiques» sont autant d'éléments d'un large programme d'actions comprenant l'accompagnement, l'éducation parentale, l'aide concrète, l'entraide, etc. (Guay, 1998 : 173). Pour Paquette, toute intervenante (professionnelle ou non) a une pédagogie implicite (1985 : 24) qu'elle peut expliciter de façon à augmenter la cohérence de sa pratique. Pour ce faire, il faut reconnaître son «style» d'intervention (1985), que la professionnelle volontaire découvrira dans une recherche toute existentielle de congruence. L'intervention apparaît clairement dans cette perspective comme une quête du mieux, conçu

comme efficacité, au sens premier des économistes praxéologues (ex.: Von Mises, d'après Darval, 1995), un mieux libéral, sous-tendu d'une subjectivité toute professionnaliste. Ce mieux implique une relation significative qui facilite l'action de transformation des consciences, comme l'écrit candidement Paquette : «Intervenir, c'est influencer. Éduquer, c'est donner une direction à cette influence» (1985 : 19). Il appert donc que l'intervention, même trempée d'humanisme, peut être intrusion d'autorité diffuse. Le mieux se mesure alors à la signifiante de la relation et à la congruence interne de l'intervenante, congruence qui engendre «une plus forte probabilité d'influencer le commettant» (Paquette, 1985 : 89). En dernière instance, la satisfaction du client (terme prévalant dans ce courant) sera déterminante dans l'évaluation de l'intervention, et ce que le changement est lieu ou non. Somme toute, il s'agit d'un mieux et d'une efficacité contractualiste.

Lhotellier et St-Arnaud partagent le primat relationnel et existentiel de Paquette. «Trois principes méthodologiques caractérisent le passage de l'action banale à la praxéologie» (1994 : 100) : la connaissance par l'action, la coopération dialogique et l'autorégulation. Le «facteur P» (pour personnalité)» (1994 : 104) constitue alors le déterminant principal de l'intervention. Le mieux est alors dans l'implicite, que l'homme ou la femme d'action saura expliciter par des pratiques réflexives et volontaristes. Une telle épistémologie actancielle constitue pour ces auteurs une véritable transformation du vieux modèle d'intervention, nommé par Schön *modèle I*, technocratique et d'expertise, où l'intervention est univocité et intrusion, *a contrario* du *modèle II*, celui qu'il promeut, où l'intervention est collaborative et intersubjective. Intervenir consiste alors en l'engagement réflexif de *l'être* (Guay, 1998) d'une personne d'action dans sa pratique, véritable *praxis* tournée toute entière vers elle-même. L'intervention est ici moins compétence ou capacité que volonté d'agir.

En outre de ses origines humanistes, ce courant conçoit l'intervention à travers une vision systémiste. Pour St-Arnaud, par exemple, l'intervention consiste en l'activation d'un réseau informationnel impliquant divers microsystemes (St-Arnaud, 1993). Bien qu'il serait possible de questionner l'arrimage entre le systémisme, que nous estimons comme actualisation de la pensée fonctionnaliste d'antan, et l'humanisme, l'unité épistémologique se réalise, dans ce courant, par la rencontre opportune, comme c'est le cas d'ailleurs en économie, entre le naturalisme des allégories du marché (système, homéostasie, adaptation, etc.) et le sujet

rationnel. L'intervention praxéologique ainsi conçue se calque, pour nous, sur un modèle économiste.

L'intervention est donc affaire de réflexivité, au sens de retour sur soi en cours et sur son action, d'intention, d'engagement et de bonne volonté. Mais elle est aussi affaire de mise en forme de l'action. Il est possible de formuler ici une dialectique de la mise en forme (la modélisation) et de l'expression de soi (la modalisation). St-Arnaud invite les praticiennes à élucider leur propre modèle d'intervention, à formaliser leur style, à partir d'un métamodèle universel (1995 : 19) constitué d'un ensemble de caractères, véritable essence de toute intervention professionnelle. Paradoxe, l'exaltation du style personnel se pose en regard d'un effort incessant de modélisation, voire d'universalisation de règles immanentes à l'action. Dans ce courant, plusieurs auteurs sont ainsi à la recherche d'un modèle sinon commun, au moins largement partagé. Guay (1998) se réfère par exemple d'une structure, d'un modèle, d'un modèle intégré, d'une séquence logique, d'un modèle général d'intervention. Pourtant, on craint ici par-dessus tout la standardisation et les diverses technostructures, honnies comme le foyer de tous les maux. Une question alors se pose : pourquoi ces auteurs, inspirés et militants d'une ontologie de la liberté, travaillent-ils presque tous à l'identification d'un modèle transverse, dont les éléments *relation* et *facteur P* (pour Personnalité de l'intervenante) sont au principe d'un modèle universel? Cette question révèle peut-être par ce qu'elle problématise l'importance de réfléchir au statut de ces dimensions de l'action qui tendent à se constituer en allant-de-soi.

Ce type d'écrits indique tout de même la présence d'un champ autonome, celui de l'intervention sociale, où un certain nombre de professionnelles, souvent en luttes de distinction et de territoires, se rencontrent à la faveur d'objets et d'espaces thérapeutiques partagés. Elles partagent surtout un rapport au travail, si ce n'est similaire, au moins homologue, qui en appelle à la constitution de méthodes partiellement communes. Mais surtout, c'est la sourde impression qu'une professionnelle, travailleuse sociale, infirmière ou avocate partage, bien au-delà des horizons disciplinaires ou organisationnels qui lui sont propres, un socle commun à l'action d'autres catégories professionnelles, notamment le caractère de relation de service, le rapport d'expertise et d'expérience, etc.

2.1.1 L'intervention comme modalité d'action des sciences cliniques¹⁴ et appliquées

Nombre d'écrits sur l'intervention provenant des sciences sociales s'intéressent à cet objet sous l'angle du rapport théorie/pratique. L'intervention procède ici d'un rapport au monde de type clinique et appliqué. On intervient donc *dans* et *par* le monde, comme objet dynamique qui se caractérise notamment par le fait que l'intervenante y participe.

L'intervention sociologique (Dubet, Wieviorka, 1981; Wieviorka, 1987), l'intervention institutionnelle (Cotinaud, 1976; Lapassade, 1971; Lourau, 1970), certains courants de la psychologie sociale, de l'anthropologie (Bernier, 1982), la création même de la psychosociologie ou de la socianalyse (Mendel, 1980), de la sociologie clinique (Sévigny, 1984), comme de certains courants en travail social (Mispelblom, 1981, Martin, Royer, 1987), de l'ergonomie (Richard, Bedr, 1990; Teiger, Laville, 1990), de l'éducation (Perrenoud, 1988) et certains courants des sciences de la gestion et des organisations (le *planned change*), dont l'intervention en milieu hospitalier (Cazellet, 1984), ou en sciences infirmières (O'neil, 1982), entre autres, ont d'abondance théorisé autour de la notion d'intervention comme modalité d'action des sciences cliniques et appliquées. Dubost (1987) leur donne une origine commune, Marx et Freud, auxquels nous ajoutons, en appui sur Sévigny (1977 : 8), Lewin. Au-delà de leurs différences, la majorité de ces auteurs cherchent à établir un rapport d'utilité ou de pertinence entre l'activité de recherche et les pratiques sociales. L'intervention désigne alors une recherche sur l'action, pour l'action, à partir de l'action, ou une recherche réalisée par les acteurs en place.

Le rapport à l'application est cependant questionné, notamment en ce qui a trait à la fonction et au sens de l'analyse dans l'intervention. Par exemple, dans l'analyse institutionnelle (Lapassade, 1971), l'analyse est à la fois moyen et finalité de l'intervention, et le changement éventuel affaire exclusive des agents impliqués. Mieux, l'intervention constitue et révèle l'*analyste*¹⁵ lui-même (Cotinaud, 1976 : 177). Par ailleurs, Wieviorka affirme que l'intervention sociologique développée par Touraine a d'abord une finalité de production de connaissances.

¹⁴ Terme emprunté à Lévy (1997) pour désigner cet ensemble de courants disciplinaires qui *s'inclinent* pour voir de plus près, pour s'approcher des choses. Par commodité, nous l'utiliserons par la suite pour désigner cette vaste et complexe famille.

¹⁵ Selon Lapassade, l'analyste est «tout ce qui fait surgir la vérité de ce qui est caché [...], des dispositifs qui "font l'analyse" avant même l'intervention de l'analyste : les machines, les usines» (1971 : 23).

Il écrit à ce propos : «Il en sort des connaissances. Ce n'est pas du tout une méthode de recherche-action. Il ne s'agit pas d'intervenir dans les décisions des acteurs[...]. Il s'agit de produire des connaissances sur l'action.» (1987 : 82). Le changement est ici sous-produit de l'intervention, plus précisément du regard analytique porté sur le groupe ou l'organisation. L'intervention induit donc un travail d'analyse sur et à partir du concret (Dubost, 1987b : 12); elle est alors moins geste que volonté de *véritablement* connaître. Cette posture exprime un certain caractère d'extériorité de l'intervention sur les phénomènes.

Nicolas-Le Strat pousse la réflexion plus loin en constatant des «technologies de l'implication» (1996 : 15) caractérisant la gestion actuelle du social. Il constate à ce propos une inflation de l'implication, inflation pour lui significative en matière d'intervention qui exige de plus en plus l'implication existentielle des uns et des autres pour sa réalisation efficace. Il propose de faire parler l'analyste *intervention* pour s'approcher au plus près de «l'institution de soi» qu'elle engage, proposition que nous avons fait peu à peu nôtre lors d'élaboration de la thèse.

À des degrés divers, les «interventions sont fondées sur l'hypothèse que c'est à travers l'action que se fait l'apprentissage» (Sévigny, 1977 : 10). Cet apprentissage ouvre éventuellement soit au changement empirique, soit au développement de la connaissance, selon que l'on se place du côté de la praticienne ou du chercheur. Découle de ce point de vue que l'intervention ne s'intéresse pas, du moins directement, aux changements structuraux. Au moins quant à l'intention, elle se limite aux changements de petite ou moyenne portée, d'abord au niveau des sujets demandeurs, éventuellement au niveau des groupes et organisations.

Se dessine, dans cette famille très élargie d'auteurs, deux grandes tendances structurant la division des sciences cliniques, non sans liens l'une avec l'autre. D'abord une tendance éthique, où s'offrent compétences et savoirs des chercheurs au bénéfice d'une action efficace. Parfois actionnaliste, elle pose l'intervention comme nécessité d'action, nécessité d'être dans le monde pour contribuer au *mieux*. La pertinence du travail des chercheurs et, *a fortiori*, des praticiennes provient en grande partie de leur arrimage aux besoins sociaux. Parfois plus modeste, elle se limite à un objectif de «mise en mouvement» (Richard, Bedr, 1990 : 98) de sujets, de processus organisationnels, etc.

Puis une tendance épistémologique, «actancielle» pour reprendre la typologie de Berthelot (1990), posant l'action comme source de savoirs, et l'irréductibilité de l'une à l'autre. Ici, le rapport en est moins un de pertinence ou d'utilité que de nécessité pour la production de savoirs. Ceux-ci s'élaborent inductivement à partir d'un ancrage pratique, dans le respect du point de vue des acteurs (Barbeau, 1982 : 55). Mais ce qui semble réunir, par-delà la diversité, tous ces chercheurs des sciences sociales, c'est leur désir plus ou moins explicite de réalisation d'un changement éclairé. Enriquez les dénomme d'ailleurs sciences du changement social (1993 : 25). Cela pose évidemment la question de la définition et donc de l'orientation de ce changement. Nombre d'auteurs abordent d'ailleurs la question de la fonction éventuelle d'imposition idéologique de l'interventionnisme en sciences sociales (Sévigny, 1977 ; Dubost, 1987). Sévigny traite plus particulièrement de l'imposition culturelle, repérable notamment par la diffusion des grandes valeurs de l'intervention psychosociologique: *l'ici* et le *maintenant*, l'individualisme, l'expression de soi, la coopération, le consensus, l'optimisme et le communautarisme. Enriquez rappelle, en appui sur Foucault, le risque que l'interventionnisme constitue le vecteur de la généralisation du regard médical, et que toute personne devienne «un possible "assisté social"» (1977: 87), ou plus justement écrit un possible objet d'intervention.

2.1.2 L'acte social et l'acteur collectif

Crapuchet et Salomon présentent l'intervention comme la réalisation de l'acte social pratiqué selon un processus plutôt stable, quelque soit la demande ou la problématique en jeu. En 1974, Crapuchet considère les techniques sociales comme le volet appliqué des sciences sociales et l'intervention comme «l'instrument de travail» permettant l'accomplissement de l'acte social» (1974 : 14). L'usage extensif de la notion d'*intervention* apparaît alors comme un indice de la diffusion de ces techniques (1974 : 15). Pour cette auteure, le corpus d'instruments tend à se partager entre les diverses professions du social (du juriste au médecin, de l'infirmière à la travailleuse sociale) et implique, hypothétise-t-elle, la naissance d'une langue commune à ces intervenantes. Il devient plus clair à partir de la seconde édition de l'ouvrage (1992) que l'intervention est l'interface pratique entre techniques et sciences de l'Homme. Ces institués interviennent par l'intermédiaire, entre autres, de professionnelles à proximité des populations. Elles s'inspirent plus ou moins inconsciemment de ces techniques et de la méthode expérimentale exposée par Bernard (1966) dans la réalisation de leur mandat de *soin*

de la Cité. Ainsi, elles réalisent par leurs interventions l'*acte social*, que nous désignons comme le *travail sur le social*¹⁶. Crapuchet et Salomon focalisent leur réflexion sur le processus de constitution des sciences de l'Homme et sur l'impératif d'action pour expliquer le développement de l'interventionnisme. Ils concluent ainsi leur ouvrage : «les interventions sociales sortent progressivement, en France, du primat exclusif de l'idéologie, pour aller vers les procédures techniques et la rigueur méthodologique» (1992 : 11). Cependant, si nous accédons à ce point de vue elucidant le processus de protocolarisation du travail au cœur du déploiement de la notion d'intervention, nous ne pensons pas que ce phénomène soit a-idéologique.

Barel (1973) se rapproche pour sa part du concept d'acte social en formalisant ce qu'il nomme des *systèmes d'intervention*. L'auteur s'appuie sur Touraine pour élaborer, dans le cadre d'une théorie de la reproduction sociale, une articulation de trois niveaux conceptuels permettant de réfléchir le social : le niveau de l'historicité, soit l'action de transformation de la société par elle-même, le niveau politique décisionnel, soit l'ensemble des rapports de pouvoir dans une unité sociale concrète, et le niveau du fonctionnement organisationnel, soit le mouvement des diverses composantes d'une organisation sociale. Barel modifie le premier de ces niveaux, trop centré selon lui sur la perspective de l'accumulation historique, pour proposer le concept de systèmes socioculturels, fondé sur l'idée d'un processus de formation du social qui se cristallise en systèmes socioculturels aux teneurs économique, politique, symbolique, etc. Ces divers systèmes historiques sont au principe de systèmes opératoires, les *systèmes d'intervention*. Ceux-ci apparaissent opératoires, car orientés vers l'action et la prise de décision, mais leurs ressorts sont historiques. Pour Barel, le système sociosanitaire, le système scolaire, le système pénitentiaire sont des systèmes d'intervention. En fait, chaque «question sociale» qui atteint un niveau suffisant de problématisation pour exiger une réponse sociale produit son système d'intervention. Le processus de constitution de ces systèmes est historique, mais d'une historicité contingente, toute sociale, et leur mode opératoire est tout à la fois politique, organisationnel et professionnel. Ces systèmes tendent à se produire et à assurer leur pérennité de façon quasi autonome, notamment parce qu'ils contribuent à problématiser les questions sociales, actualisant ainsi leur propre légitimité. Dans cette

¹⁶ Qu'il ne faut pas confondre, il va sans dire, avec la désignation socioprofessionnelle de *travail social*, ici utilisée strictement pour désigner le groupe professionnel.

perspective, chaque problème social devient pour les professionnelles enjeu de définition d'un territoire et d'un droit de pratique. Dans un contexte où les invitations à l'interdisciplinarité sont nombreuses, il devrait apparaître en conséquence des systèmes interdisciplinaires, dont la catégorie intervention serait, dans notre esprit, un indice¹⁷.

Ces systèmes d'intervention sont les produits concrets de l'activité décisionnelle des systèmes politiques, économiques, administratifs, tous évidemment inscrits dans des systèmes historiques de plus vaste portée. Barel insiste sur le fait qu'ils ne sont pas les produits directs ou uniques des sciences sociales. Bien que nous considérons l'emphase que Barel met sur l'aspect politique de la constitution des systèmes d'intervention comme pertinente, nous pensons qu'ils sont aussi le fait des sciences sociales dans la mesure où ces sciences produisent des connaissances, ou simplement des lexiques, utilisées dans les problématisations sociales en jeu. Mesny (1998), s'appuyant sur divers textes de Beck et Giddens, a travaillé la question de la circularité des savoirs et leur coconstruction par des phénomènes de réflexivité complexe. L'auteure a pour thèse que l'efficacité des savoirs produits par les sciences sociales passe précisément par leur capacité de s'intégrer au langage pour ainsi se naturaliser et s'incorporer (ex.: les concepts d'inconscient, de marché, etc.). Mis à part ce commentaire critique, nous pensons que les travaux de Barel sur les systèmes d'intervention sont essentiels à l'analyse de notre objet, et qu'ils font contrepoids à la perspective praxique très fortement développée dans les écrits sur ce thème.

En regard de l'intervention comme acte social se trouve l'intervention comme action d'un acteur collectif (Dubost, 1992 : 73). Pour Lamoureux, l'intervention est un impératif moral, au sens de la *praxis* existentialiste (Sartre, 1985), soit la nécessité d'agir pour l'émancipation des consciences. L'intervention est ici éthique, en l'occurrence «éthique de l'action communautaire» (1991 : 11), nécessaire engagement des membres d'une communauté dans les affaires sociétales, et ce dans une perspective soit de libération, soit de participation. Intervenir signifie alors prendre part aux affaires de la communauté et de la société. Cette perspective mi-communautarienne, mi-systémique est fort répandue dans les écrits institutionnels où les membres d'une communauté, notamment les membres notables, sont

¹⁷ Un exemple : le déploiement en cours du management de cas dans les modules de maintien à domicile tend à transcender les découpages disciplinaires et institutionnels. .

désignés comme intervenant de droit : le directeur d'école, le curé, l'échevin, entre autres, sont ici considérés comme autant d'intervenants potentiels, si la problématique l'exigeait. De même, tout citoyen intéressé, et ce dans tous les sens du terme, peut revendiquer le statut d'intervenant, et être investi ainsi du pouvoir d'infléchir le cours des événements de la Cité.

2.1.3 L'intervention comme relation

Lévy (1997) a publié un ouvrage important pour nous dans lequel le terme *intervention* est délaissé au profit du terme *clinique*. Ce choix de l'auteur n'altère pas fondamentalement la problématisation que nous élaborons à l'égard de l'intervention dans les sciences cliniques. Il ne fait que révéler une tendance, soit le développement de la perspective actancielle à l'encontre d'une perspective plus rationaliste. Par exemple, Lévy indique que «la clinique se définit essentiellement comme un *positionnement*, par rapport à l'autre» (1997 : 27), tout en étant considérée comme fait social total (Lévy, 1997 : 5). À ce propos, Hess (1981 : 29-32) recense à partir d'une intervention psychosociologique qu'il a réalisée les dimensions suivantes : elle fut tout à la fois psychologique, médicale, linguistique, comptable, sociologique, juridique, pédagogique, collective, et le tout dans le cadre d'une action appliquée, soit l'intervention comme telle qui impose sa dimension relationnelle.

Selon Réhaume et Sévigny, l'intervention se conçoit, du point de vue de l'intervenante, à partir de trois dimensions fondamentales : le caractère intentionnel de toute action, son aspect structuré, et le registre communicationnel dans et par lequel elle s'effectue (1988 : 99). Malgré le caractère actanciel de l'intervention, elle procède de sociologies implicites, en lien avec autant de représentations du social à l'œuvre dans l'action. Cette double source de l'intervention fait en sorte que tant les chercheurs que leurs sujets de recherche estiment que l'intervention se définit d'abord à travers la relation. Mesure palliative aux manquements de la vie communautaire, l'intervention exerce en outre une fonction de retissage du lien social.

L'intervention qualifie donc «à la fois l'agent qui intervient, l'objet de l'action -les domaines de phénomènes pris en compte - la nature du travail dans lequel s'engagent les groupes concernés, les méthodes et les principes réglant les activités constituant le processus» (Dubost, 1987 : 176). Cet auteur, s'appuyant sur Castoriadis, estime que l'intervention est une *praxis*, un *faire* assujetti à un ensemble de règles, et que «l'intervention ne peut jamais être une

technologie [...ce qui exclut] l'idée d'inscrire le projet d'intervention dans une perspective instrumentale» (1987: 178-179) ; partant, l'intervention est d'abord relationnelle et le fruit d'une action intersubjective. Mais alors, quel statut accorder à ce *faire* assujetti de règles ? Là sans doute se trouve l'une des clefs de notre propre théorisation de l'intervention.

2.2 Les usages d'*intervention* dans les écrits des sciences infirmières

De prime abord pour un profane, l'acte de l'infirmière, telle une injection, pourrait se résumer à un acte surtout technique, ne mobilisant pas ou peu ses ressources relationnelles. Mais à y regarder de plus près, la grande majorité des actes touchant directement le patient implique une relation, si ce n'est pour obtenir sa collaboration, au moins pour légitimer l'acte en tant que tel. L'infirmière préparera sans mots dire le dosage d'un médicament, choisira l'instrument de son application, le moment opportun du traitement. Elle justifiera cependant l'ensemble, l'intervention, avant de s'exécuter. L'intervention implique donc une justification que l'acte, suffisant en lui-même, n'exige pas.

Aux plans sémantique et conceptuel, l'usage de la catégorie *intervention* n'a pas tout à fait la même prégnance dans les écrits provenant des sciences infirmières qu'en ceux du travail social. En fait, nous nous demandions *a priori* si la notion en titre n'était signifiante que pour les professions strictement sociales. Or, si les infirmières se réfèrent bien évidemment d'abord à une sémantique médicale, l'intrusion dans le corps de l'autre par l'intervention chirurgicale, par exemple (Orsini, 1979 : 69; Freeman, 1973 : 44), elles se réfèrent aussi à des univers sémantiques plus sociaux, surtout en C.L.S.C., à la faveur d'une reconceptualisation de la pratique infirmière par le modèle McGill, notamment. Ainsi, le terme *intervention* a une grande signifiante chez les infirmières sociales (Osiek-Parisod, 1994), toutes les infirmières visiteuses, les infirmières oeuvrant au sein d'organisations scolaires, de prévention, etc. Néanmoins, il existe de nombreux lexiques techniques (ex.: Autissier, 1996 ; Hubert et al. 1989) où *intervention* n'a pas cours. On exécute, on prépare, on administre, mais on intervient guère. Le registre sémantique de ces termes se confine alors au strict univers médical et paramédical, ce qui rend les échanges interprofessionnels évidemment plus difficiles. Puis il y a des termes forts, réduisant en partie, mais en partie seulement, la nécessité de l'usage de la catégorie *intervention*. Les notions de *soin* ou de *traitement*, qui s'inscrivent dans une longue tradition empirique, réfèrent à la fois à des actes stables (Petitat, 1989 : 41), donc en partie

objectivables, et à une finalité forte, celle de l'entretien de la vie (Saillant, 1992 : 96), de la «valeur de la vie» (Freeman, 1973 : 3). Pour les soins à la petite enfance, Sévigny considère que «toute action préventive ou curative» (1984 : 14) qui s'effectue tôt dans la vie d'un enfant est une intervention précoce. Se surajoute ici à la valeur *vie* la valeur *enfant*, ce qui fait dire à l'auteur que l'intervention procède d'une «conviction» (1984 : 14) : celle qu'il faille intervenir tôt chez l'enfant à risque.

La notion d'exercice réfère quant à elle à la grande maîtrise technique nécessaire à certains actes objectifs et aux divers coups de main de l'*art infirmier* (Pôlet-Masset, 1993). Le terme *acte infirmier*, juridiquement sanctionné, encadre ce qui peut être fait et, dans une certaine mesure, comment il doit se faire. Mais c'est au-delà de ces concepts forts que point la catégorie *intervention*, comme à la fois catégorie englobante (le travail infirmier est plus que la prise des signes vitaux et l'exécution des actes médicaux délégués) et catégorie translative permettant la reconnaissance du travail réalisé par les infirmières dans le champ social.

2.2.1 Soins, actes, et traitements

Collière (1982) retrace trois grands courants structurant l'*ethos* infirmier. Un courant techniciste, centré sur la maladie, un courant humaniste, centré sur la relation, et un courant développementaliste, centré sur la santé. L'ensemble des informations recueillies ici peuvent selon nous se lire à la lumière de ce découpage, notamment pour ce qui a trait à l'abondante production de modèles conceptuels cherchant à définir et à prescrire le travail infirmier. Descriptifs autant que prescriptifs¹⁸, les divers modèles s'appuient pour la plupart sur une conception du soin dont l'étendue varie quelque peu mais dont le fondement est plutôt partagé. Sans doute est-ce Orem (1987) qui aura le plus formalisé le concept de soins infirmiers. Celui-ci réfère à une catégorie d'actions professionnelles suppléant à un déficit d'auto-soin d'une personne malade ou handicapée. Les soins infirmiers sont donc l'ensemble des activités de suppléance permettant le maintien de la vie, ici entendue au sens bio-psycho-social du terme. Outre l'énoncé liminaire du caractère relationnel du travail infirmier, soit le *caring*, présent dans tous les modèles récents, existe un continuum partant de Orem, où le relationnel est instrumentalisé en vue de l'atteinte des résultats biomédicaux, à Henderson

¹⁸ Pour pousser plus loin la réflexion, lire Gordon dans Benner (1995).

(exposé par Bizier, 1983) puis Travelbee (1978), où la part du caring est en soi constitutive du spécifique des soins infirmiers. Alors que chez Orem le concept de *soin* et ses dérivés sont des plus inamovibles, c'est chez les modèles plus sociaux qu'apparaît avec plus de prégnance la notion d'intervention, pensons notamment au modèle McGill développé par Allen (exposé par Martin, 1992) à l'œuvre dans les C.L.S.C.

Les modèles conceptuels en soins infirmiers participent tous d'un effort vigoureux de promotion professionnelle, mais aussi d'un effort tout aussi vigoureux de distinction quant à la conception du travail infirmier conçu comme soutien au travail des médecins. Ainsi, Orem considère que fort peu la part déléguée du travail infirmier alors que Adam (1979), présentant le modèle Henderson, l'intègre davantage. Croff (1994 : 121) affirme un rôle propre aux infirmières, que Collière (1982 : 300) considère comme l'une des trois dimensions des soins infirmiers (suppléance, actes délégués et travail de préparation à l'un et l'autre).

Là apparaît pour les infirmières l'un des usages parmi les plus importants de la notion d'intervention. La reconnaissance de ce *rôle propre* crée «l'espace d'intervention de l'infirmière» (Acker, 1991 : 124) et aura permis le développement du concept de *diagnostic infirmier* (Carpenito, 1986 ; Gordon, 1987), duquel découle les guides et répertoires diagnostiques, puis les recherches classificatoires sur l'intervention qui nous intéressent particulièrement. En fait, tant et aussi longtemps que le travail des infirmières était socialement reconnu surtout comme une série d'actes médicaux délégués, ou comme des actions incertaines nimbées du flou des affaires féminines, l'usage de la notion d'intervention était insignifiante. La création d'un rôle propre pour les infirmières leur a permis d'accéder à la reconnaissance professionnelle, au droit d'intervenir d'office. Cette reconnaissance s'articule autour de deux principaux éléments : la reconnaissance du caractère relationnel du travail des infirmières, ce que d'aucuns reconnurent relativement facilement, et la reconnaissance de l'autonomie professionnelle qu'elle implique. Pour ce faire, il fallait pouvoir émettre un diagnostic infirmier évaluant des dimensions propres à l'action en nursing.

Mais pour véritablement accéder au statut de grands, il leur fallait accéder à la légitimité des grands, soit celle de la démarche expérimentale. Pour ce faire, à chaque diagnostic infirmier

doit correspondre une *intervention infirmière* (Lauzon, Adam, 1996) scientifiquement validée. Une fois le rôle propre et la capacité de produire des diagnostics spécifiques au domaine infirmier reconnus, il allait de soi que les infirmières demandent à se faire reconnaître comme expertes cliniques, en certains domaines (ex. : en obstétrique, en traitement des plaies, etc.), expertes ayant leur autonomie professionnelle. Ce faisant, naît la figure de l'infirmière clinicienne, de la *nurse practitioner*, qui pourra produire des diagnostics et intervenir de façon autonome dans son champ d'expertise. Pour Acker, cette déclinaison de l'expérimenté féminin à l'expérimental scientifique procède d'une logique de rationalisation du travail infirmier qui favorise «une extension symbolique de la fonction d'infirmière» (1991 : 135). D'ailleurs, pour Duhart et Charton-Brassard, deux sociologues du travail, la pratique infirmière est soumise à un effort constant de taylorisation (1973 : 86).

Allen (exposé par Martin, 1992) propose un modèle conceptuel (dit modèle McGill) un peu différent des précédents. Ici, l'emphase n'est pas mise comme chez Orem sur un rapport entre déficit d'auto-soin des patients et capacité de suppléance des infirmières. Construit à l'encontre des divers modèles de suppléance, le modèle McGill, très présent dans les C.L.S.C., met de l'avant la valeur de la promotion de la santé à l'égard de quatre grandes composantes : l'environnement, la personne, la santé et le soin, ce qui forme selon Malo et al. un métaparadigme (1998 : 28). Plutôt qu'assistante du médecin, ce modèle pose l'infirmière en complémentarité avec l'ensemble des professionnelles du réseau sociosanitaire, avec comme spécificité qu'elles sont les principales porteuses de la promotion de la santé. Ici, la valeur centrale est moins l'entretien de la vie que la santé en tant que telle. Dans cette approche proactive, arrimée aux politiques sociales et aux objectifs de santé publique, la catégorie *intervention* trouve un usage plus fréquent, proche de celui que nous avons trouvé en travail social. Ce modèle permet en fait l'expansion du champ disciplinaire des infirmières du côté des professions du social. Malo et al. distinguent l'intervention traditionnelle («prévues, précises et ordonnées») de l'intervention McGill, adaptée à la complexité de toute situation. L'importation des sciences sociales n'est pas ici inscrite dans une simple perspective d'humanisation des soins ni d'efficacité du *cure*, mais découle d'une inversion fondamentale dans les valeurs sous-tendant l'action des infirmières.

Dans plusieurs modèles conceptuels, l'intervention est en deçà du soin, mais au-delà de l'acte, formalisé en divers protocoles. L'intervention constitue le moment critique de la réalisation de l'art infirmier comprenant à la fois des actes et une mobilisation existentielle de soi. Ainsi, pour Adam, les soins infirmiers se composent de postulats, de valeurs, et de six éléments constitutifs, dont le cinquième est *l'intervention* en tant que telle (1979 : 6). De même, Bizier schématise graphiquement le modèle Henderson à l'aide de volumes représentant un processus générique (collecte de données, interprétation, planification, intervention, évaluation) où *l'intervention* est représentée par le plus petit des cinq volumes (1983 : 45). Pour Adam, les modes d'intervention sont les «moyens» (1979 : 8) dont dispose l'infirmière pour réaliser son action. Elle nomme ainsi les interventions : encourager, rappeler le but d'un exercice, utiliser les termes physiologiques appropriés (1979 : 42), etc.

Il est donc fréquent en nursing que les termes *activité* ou *acte* soient préférés à *intervention* pour désigner la part paramédicale de l'action des infirmières. Dans son tableau intitulé *Système d'action des infirmières en milieu scolaire* (1994 : 125), Osiek-Parisod utilise le terme *action* pour désigner l'ensemble de la mobilisation de l'infirmière. La catégorie intervention constitue alors une sous-dimension référant à la légitimité de l'action. Les tâches sont quant à elles nommées directement (vaccins, bilan de santé, réunion de parents, etc.). Bizier écrit que le modèle conceptuel de Henderson permet à l'infirmière de mesurer «l'étendue de ses interventions», c'est-à-dire de savoir quelles sont les fonctions et la place qu'elle occupe au sein de l'équipe de soins (1983 : 14). Il existe une longue tradition de formalisation de ces tâches, au nombre de 168 selon la *Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux* en 1967 (Petitat, 1989 : 92). Le Code des professions du Québec ne va pas aussi loin dans l'instrumentalisation du travail infirmier et se limite à établir des critères pour distinguer les actes infirmiers des actes médicaux, et à tracer les contours d'un champ exclusif de pratique.

Plus postmoderne, Benner emploie le terme *acte* en un sens plus expérientiel. L'acte se réfère ici à la complexité de toute situation clinique, complexité que l'infirmière «experte» peut embrasser. Le savoir d'expérience, le «vrai savoir» (Benner, 1995 : 11), est au cœur de son action. Dans cette perspective, l'intervention est *praxis*, au sens de Ladrière cité précédemment. L'auteure apporte cependant un bémol en rappelant que l'expertise est toujours située et non le fait d'un acteur essentiel.

Après vingt ans de réflexion, Aguilera et Messick affirment qu'ils croient que le terme «Intervention convient mieux que traitement» (1976 : vii) pour dire le travail des infirmières, car il leur semble moins médicalisant et plus proche des sciences sociales, notamment du courant des ressources humaines. Le traitement apparaît parfois comme instrumental et procédural, alors que l'intervention est mouvement, moment critique de la réalisation (ex.: Benner, 1995 : 67) dans toute la plénitude de sa complexité.

Tantôt la notion de *soin* semble plus étroite que la notion d'*intervention*, alors qu'elle exprime une vision idéalisée et vocationnelle de l'activité infirmière, tantôt elle exprime l'approche globale des infirmières (Orem, 1987), le soin reliant *care* et *cure* ¹⁹(Lazure, 1985 : 631) dans un projet humaniste et praxique. Il ne s'agit cependant pas d'une *praxis* transformationnelle. Centré sur le soin, l'objectif du travail infirmier est, de façon générale, moins le changement que la suppléance temporaire et l'augmentation des capacités d'auto-soin. Cependant, Travelbee considère que le nursing psychiatrique vise le changement, en l'occurrence le changement de comportement (1978 : 41); la relation d'aide devient un but à atteindre (1978 : 51) et l'intervention possible.

Bizier (1983 : 27) interprète Henderson à l'aide d'un tableau composé de six éléments (but de la profession, cible, rôle de l'infirmière, sources de difficulté, intervention et résultats recherchés). L'intervention y est désignée par six modes de suppléance (ajouter, augmenter, compléter, remplacer, renforcer et substituer). De même, «L'acte de nursing [...] se rapporte à l'intervention, c'est-à-dire *ce que* l'infirmière fait et *comment*, ce faisant, elle atteint ses buts» (Travelbee, 1978 : 35). L'intervention est parfois technique ou thérapeutique (Benner, 1995 : 57 et 90), interpersonnelle (Orem, 1987 : 200), dite *dépendante*, dans le rapport de délégation des médecins, *interdépendante*, lorsque l'infirmière joue un rôle propre avec d'autres professionnelles, et *indépendante*, relative au diagnostic infirmier et à l'intervention qui en découle (Cook, Fontaine, 1991 : 81 ; Doenges et al, 1996).

¹⁹ Petitat (1989) et Lazure (1985) ont démontré comment l'histoire de la profession s'est réalisée dialectiquement entre le *cure* et le *care*, avec des temps plus centrés sur l'un, puis sur l'autre. Actuellement, il nous semble y avoir à la fois technicisation et élargissement de la pratique aux dimensions relationnelles. Peut-être que les catégories *cure* et *care*, associées à la notion de soin, sont-elles moins pertinentes que par le passé pour comprendre l'évolution de la pratique infirmière.

2.2.2 La notion d'intervention permet de dire la complexité du travail infirmier

Abdelmalek et Gérard estiment que les infirmières puisent de plus en plus dans les sciences humaines (1995 : 12) pour réaliser leur travail, et ce malgré le fait qu'il fut historiquement orienté soit vers des tâches techniques, souvent répétitives et inscrites dans des protocoles (Orem, 1987 : 35), soit vers les tâches maternelles (soins du corps, nourriture, etc.), comme en témoigne l'origine étymologique du terme *nurse*. Leclair déplore en outre que «L'intervenant ayant une formation «d'infirmière» [...] est essentiellement perçu comme un distributeur de premiers soins et comme une personne pouvant intervenir essentiellement sur le plan physique»(1982 : 204). Osiek-Parisod décrit comment il est difficile pour les infirmières scolaires de se faire reconnaître comme de véritables intervenantes (1994 : 39). Au mieux, elles sont des dispensatrices de soins et des dépisteuses de problèmes que leur accès privilégié à l'intimité, à la faveur de la proximité au corps, leur permet de réaliser. Il leur est donc nécessaire, dans ce contexte, de légitimer leur intervention dans toute sa véritable ampleur (Osiek-Parisod, 1994 : 27). Mais ici, c'est moins leur délégation de pouvoir qui est remise en cause que leur droit d'intervenir dans le champ psychosocial.

L'action infirmière est plus qu'une action paramédicale, il y a «plus que ça» écrit Adam (1979 : xi); c'est ce "plus" qu'il faut ici expliciter. Les infirmières s'efforcent de faire reconnaître les dimensions tacites de leur action professionnelle, dimensions longtemps considérées comme «résidu» de leur pratique (Petitat, 1989 : 349), simple part féminine. C'est du côté du soin, catégorie féminisée s'il en est une (Saillant, 1992; Carpentier-Roy, 1991 ; Ehrenreich, English, 1976) que se retranchait l'indicible et le tacite de la pratique infirmière, nommés *caring*. Brassard et Duhart traitent de la prise en charge, par l'infirmière, de «la part d'imprévisibilité» (1978 : 172) dans les traitements médicaux, véritable «pratique officieuse» des infirmières (Duhart, Brassard, 1973 : 91). L'intervention est alors une relation d'aide professionnellement peu ou mal reconnue, se réalisant dans le cadre général des services sociosanitaires de l'État. La catégorie intervention apparaît, de ce point de vue, comme une ouverture, voire comme une émancipation du joug médical et patriarcal. En appeler de *l'intervention*, c'est revendiquer la reconnaissance du travail de l'ombre, l'émancipation de l'assujettissement médical, notamment par une expansion du côté des sciences sociales et par la conquête du «rôle propre» de l'infirmière. Il fallait pour ce faire que soit reconnue la part de relation d'aide psychosociale dans l'action des infirmières.

Poletti désigne l'intervention infirmière comme la catégorie la plus large des soins infirmiers, puisque couvrant autant l'aspect médical que l'aspect psychosocial. Son livre importe, de la psychologie humaniste et des médecines douces (réflexologie, par exemple), un ensemble de théories qui permettront «l'enrichissement des interventions en soins infirmiers» (1980 : 13). Aussi dans une perspective humaniste, Chalifour utilise abondamment *intervention* pour désigner à la fois la mobilisation de l'infirmière au moment critique de la réalisation du travail (1989 : 197) et le champ même de la pratique infirmière (1989 : 97). Pour Travelbee, l'intervention est clairement un élargissement de la pratique du côté des sciences humaines. Dans cette perspective, la véritable relation d'aide²⁰ est «issue de la psychologie clinique moderne» (Travelbee, 1978 : 3), bien que sa présentation du processus générique d'intervention reprennent la structure de la méthode expérimentale. Dans cet ouvrage, le terme *intervention* est employé comme générique se substituant à *soin*.

Osiek-Parisod écrit, à propos des infirmières scolaires, que leur intervention professionnelle se loge au carrefour de trois logiques, de trois univers conflictuels : de la profession, du système scolaire et de «la relation psycho-relationnelle de la relation à l'usager» (1994 : 16). Ce carrefour participe d'un champ d'intervention dont l'un des paramètres est le développement du concept de santé globale (le bio-psycho-social) en appelant à la transgression des frontières disciplinaires. Petitat estime qu'une telle approche est vécue comme une nécessité pressente (1992 : 139) pour les infirmières qui «cherchent, avec des traits d'union, à recomposer les morceaux d'un éclatement» (Petitat, 1989 : 37), notamment celui du patient perçu et senti dans son humanité, mais traité dans sa physiologie. Un tel éclatement est aussi celui de la pratique des infirmières, qu'elles savent et revendiquent dans toute sa complexité. L'intervention infirmière est alors «action sur autrui [...] qu'il s'agit d'assister, d'éduquer ou de soigner...L'objet étant la (trans)formation d'une autre personne» (Osiek-Parisod, 1994 : 21).

Le débat entre maîtrise technique et expansion de la pratique du côté des sciences sociales est très présent dans les ouvrages mis à l'étude. Abdelmalek et Gérard estiment que malgré les intentions formulées par la perspective des soins globaux, il demeure qu'en nursing «la valeur professionnelle s'évaluerait à hauteur du degré de maîtrise des gestes techniques, les

²⁰ *Intervention in psychiatric nursing* de Travelbee (1978) fut traduit par *Relation d'aide en nursing psychiatrique*.

aspects relationnels entourant les situations de soins pouvant passer pour une prestation accessoire» (1995 : 165). Ces sociologues avancent une réflexion qui nous semble tacite, voire occultée, chez les infirmières. Néanmoins, Benner aborde cette question en affirmant que la séparation entre *relationnel* et *technique* confine l'art au *care* et le technique au *cure*, division qu'elle refuse. Le va-et-vient entre la maîtrise technique et l'expansion vers la relation d'aide, jadis d'inspiration vocationnelle, prend racine dans une double filiation qui aura marqué toute la profession : «filiation matrilinéaire religieuse et filiation patrilinéaire médicale» (Abdelmalek, Gérard, 1995 : 170). L'usage de la notion d'intervention permet peut-être de renouveler incidemment le lexique marqué jusqu'alors de la division sexuelle du travail.

Le débat sur la place du relationnel dans la conception du travail des métiers relationnels concerne au premier titre le rôle de la relation d'aide dans les soins infirmiers. Est-elle instrumentale à l'efficacité du traitement ou partie constitutive du soin de la personne globale? La relation est souvent préalable à l'action (Orem, 1987 : 72) et condition de la réussite objective (Orem, 1987 : 75). «Chaque praticienne en soins infirmiers doit être capable d'aborder, de communiquer, de collaborer et de travailler avec les personnes qui reçoivent des soins [...] pour atteindre les résultats recherchés par les soins infirmiers et objectivement fondés». (Orem, 1987 : 107). Il s'agit du «*sine qua non* de l'efficacité des soins» (Adam, 1979 : 47), tout comme la «relation d'aide est essentielle à l'efficacité de la démarche décrite» (Bizier, 1983 : 85). Même pour Travelbee la relation est un fondement rationnel de l'efficace infirmier. D'ailleurs, la recherche présentée par Osiek-Parisod met en lumière le désir des infirmières scolaires d'accéder au côté «noble» (1994 : 74) de l'action thérapeutique des psychologues. Dans cette perspective, l'intervention désigne de grandes fonctions comme aider, supporter, assurer le confort physique (Grimault, 1994), que l'usage de la notion d'intervention permettra de soutenir au plan d'une légitimité rationnelle.

À ce propos, il est possible qu'il y ait un certain clivage entre infirmières en milieu hospitalier et infirmières dites de santé publique ou communautaire. Nous ne pensons cependant pas qu'il s'agisse autant d'une différence de nature que d'une différence dans le travail lui-même, les premières oeuvrant auprès de patients alités, déjà là, alors que les secondes doivent établir une relation *a priori* pour intervenir avec des bénéficiaires ambulatoires. De plus, sur le plan interprofessionnel, l'hôpital est probablement une organisation où la division du travail est

des plus claires, et où le pouvoir des médecins est le moins contesté. En d'autres lieux, la collaboration avec d'autres professionnelles exige plus que le simple aiguillage des patients en fonction du découpage du corps en autant de disciplines expertes ; et les diagnostics médicaux peuvent être discutés, voire contestés à certains égards.

Enfin, s'il nous apparaît incontestable que le travail des infirmières comporte une dimension importante de travail relationnel, certains sociologues du travail critiquent leur prétention à l'expansion du travail infirmier du côté du relationnel en regard de leurs pratiques réelles.

Gillioz écrit, suite à l'étude des budgets temps d'infirmières, que :

Le discours sur la "relation" comme instrument thérapeutique propre à l'infirmière apparaît donc, une fois replacé dans les conditions concrètes de la pratique, refléter davantage une certaine idéologie professionnelle que la réalité. [...] Aussi, l'idéologie de la relation a-t-elle pour fonction essentielle de donner une légitimité et une cohérence à des pratiques caractérisées par leur hétérogénéité et leur faible couverture thérapeutique (1979 : 396)

Cette critique importante, qui fut souvent relayée par les travailleuses sociales du C.L.S.C. observé, n'invalide pas fondamentalement notre propos, qu'au mieux il relativise. En fait, si le budget temps est certainement fort utile à l'analyse du sociologue, il traduit mal la signification des diverses tâches pour les infirmières qui les exécutent.

2.2.3 Le statut de la parole des infirmières : intervenir pour influencer

La difficile reconnaissance d'une part du travail des infirmières scolaires s'exprime notamment par la séparation corps/esprit. Selon Osiek-Parisod (1994), psychologues et travailleuses sociales considèrent les infirmières scolaires comme d'excellentes somaticiennes, mais peu ou pas autorisées à intervenir autrement que sur et par le corps. Devenir intervenante, dans cette perspective, c'est se faire reconnaître le droit de parole en ce qui a trait aux affaires de l'âme. Quoiqu'il en soit, la parole des infirmières existe, souvent dans la proximité du corps, dans la création de cet espace relationnel (Hurtubise et al.,1999) ostensible, espace symbolique de l'intervention psychosociale marquant les contours de la parole autorisée. Pour les infirmières, la parole est souvent ce tacite de l'acte positif, technique, scientifiquement validé. Pourtant, «toute intervention de l'infirmière est précédée par une forme de communication» (Adam, 1979 : 50). L'intervention peut être perçue comme simple intrusion dans l'intimité si elle n'est pas accompagnée de messages supportants

(Adam, 1979 : 51), donc d'un discours de l'aide. Les modèles conceptuels les plus récents tentent d'ailleurs de réhabiliter tant la parole de l'ombre que ce désir d'aide. Ce faisant, la parole devient, entre autres, justification de l'acte et condition pratique de l'efficacité du geste. Pour exemple, référons à Bizier qui dresse un tableau d'actes infirmiers avec leurs justifications associées : il faut tourner le patient car l'escarre de décubitus est causée par... (1983 : 61). L'expression de cette justification accompagne le bon geste.

Outre la justification, l'action sur les consciences sera visée par la parole. Il s'agira notamment de créer les conditions de la conversion du patient quant à la compliance, quant au désir de guérir, quant à l'hygiène, etc. Par exemple, la définition de l'intervention infirmière rédigée par Buteau (1982 : 194) se rapproche d'une conception fréquemment lue en travail social : il s'agit de prendre part au cours naturel des choses pour en influencer la direction. Et cette influence concerne autant les processus bio-physio-chimiques que les processus psychosociaux. Corbin (1992) utilise le terme *soignant* pour désigner l'ensemble des personnes soutenant une personne en déficit d'auto-soin, et «intervenant» pour désigner spécifiquement la professionnelle qui s'introduit dans la vie d'autrui afin de soutenir et influencer les patients et «soignants» lors des étapes critiques du processus d'aide. Pour Freeman «l'intervention nursing» est une affaire «d'influence profonde sur l'attitude du malade» (1973 : 69). Voici l'objectif général d'un plan d'intervention infirmier : «favoriser le processus d'adaptation de la personne à son état de santé» (Sylvain, Arsenault, 1994 : 41). Le terme fort de *convaincre* est également employé (Benner, 1995 : 50 ; Corbin, 1992 : 43); l'intervention favorisera ainsi l'acceptation d'un traitement et suscitera l'espoir. Par exemple, Genest, infirmière en C.L.S.C., décrit ainsi son travail en soutien à domicile. Une dame lui demande de lui apprendre à manipuler son conjoint âgé en perte d'autonomie. Elle lui «enseigne» comment faire, puis elle «intervient», à sa demande, auprès de son conjoint pour «l'encourager à ne pas démissionner» (1983 : 401).

Selon la perspective systémique (Duhamel, 1995 ; Paul, 1989), qui emploie d'abondance le terme *intervention*, l'influence de l'infirmière réside dans sa capacité à créer un contexte favorable au changement (Duhamel, 1995 : 27). En thérapie familiale systémique, l'intervention prend alors la forme de grandes actions psycho-relationnelles telles que rassurer la famille, favoriser l'expression des sentiments, etc. Il ne s'agit donc pas d'une série

d'actes formalisés à proprement parler, surtout pas en un sens légal. Découle de cette perspective, un peu comme en travail social, divers modèles d'intervention (ex.: Duhamel, 1995 : 67) posant valeurs et postulats comme fondements de l'intervention.

2.2.4 L'intervention, une méthode générique

Le terme le plus convenu pour nommer la pratique en nursing est celui de *démarche de soins infirmiers*. Cette expression permet de combiner au plan symbolique la méthode scientifique à l'art (Doenges et al, 1996 : 7) constitutif des métiers relationnels. Plusieurs auteurs (Bizier, 1983 ; Adam 1979, etc.) parlent d'une démarche scientifique, voire d'une méthode de résolution de problèmes. Nous pensons comprendre qu'il s'agit là de la bonne vieille méthode expérimentale reformulée en des termes plus actuels. L'intervention n'est alors que le moment *appliqué* de la démarche. Bizier (1983) emploie d'ailleurs indifféremment *intervention* et *exécution* pour désigner le *faire* de l'action infirmière. Dans cette perspective, l'intervention est moins rencontre intersubjective ou *praxis* qu'application rationnelle d'une méthode, application qui comprend éventuellement des tacites et implicites et qui exige pour son efficace un climax relationnel. Cette part relationnelle dans la *démarche de soins infirmiers* autorise à la concevoir comme un modèle dynamique, c'est-à-dire s'adaptant aux conditions et à l'évolution de la relation clinique. L'idée de style personnel d'intervention apparaît alors pour nommer la part personnelle d'une telle démarche clinique (Osiek-Parisod, 1994 : 117).

Pour Aguilera (1995), et plus particulièrement Aguilera et Messick (1976), *l'intervention de crise en santé mentale* est une appellation générique à laquelle participent diverses techniques rattachées à autant de courants théoriques (1976 : ix). Intervenir, c'est alors moins participer d'une école théorique que d'une modalité de *travail sur le social*. L'intervention commence au moment de l'entrée en relation plutôt qu'au début de la relation professionnelle par la réception de la demande formelle, et se développe tout au cours de l'action thérapeutique (1976 : viii). L'analyse du cas, la formulation d'un diagnostic, la planification des activités et les tâches administratives qui en découlent sont ici hors de l'intervention à proprement parler. Mais les auteurs sont hésitants. Dans une section décrivant «la technique de l'intervention en situation de crise» (1976 : 21), les auteurs présentent la première étape de la démarche de soins qui consiste à évaluer la crise et concluent en écrivant que le thérapeute pourra par la suite entreprendre l'intervention (1976 : 21). Ils écrivent par ailleurs que l'intervention

débutera à la troisième étape de la méthodologie générale (1976 : 66). Encore une fois, on est devant la vicariance du terme intervention signifiant simultanément un générique et des moments spécifiques de sa réalisation, notamment le passage à l'acte ²¹. Ce terme dit à la fois le tout et son effectuation concrète.

Dans un guide pratique, Gordon et Benner nomment comme *intervention* l'ensemble des actions de l'infirmière, de la planification à l'évaluation (1995 : 244). Pour sa part, Bizier écrit que «l'exécution est la seule étape qui ne fait pas référence spécifiquement au modèle, mais à tous les principes sous-jacents à l'action» (1983 : 62). Shortridge et Lee définissent l'intervention thérapeutique comme un «acte de soin planifié et administré dans un but spécifique» (1982 : 588). Dans cette perspective, intervenir, c'est surtout décider «lucidement» d'agir (Montésinos, 1991 : 115), la lucidité étant mâtinée de savoirs scientifiques, de savoirs d'expérience, et de raisons pratiques.

Par ailleurs, Travelbee considère le nursing psychiatrique comme un «processus interpersonnel» (1978 : 6) trempé d'un humanisme partagé avec le travail social, où l'être importe plus que l'avoir, où les contenus sont secondaires aux processus. Ainsi, le premier critère de l'être infirmier est «l'amour de soi et l'amour des autres» (1978 : 8). Un tel processus d'intervention comporte cinq phases (observation, interprétation, décision, action et évaluation) qui, selon l'auteure, expriment le caractère expérientiel de l'intervention en nursing psychiatrique. En fait, l'auteure arrime sa théorie des soins infirmiers à une théorie de la communication (1978 : 64) permettant de réaliser le projet professionnel qu'elle défend. Au fil de l'ouvrage, le terme *intervention* est peu à peu éclipsé par le terme *interaction*, comme pour souligner le caractère dialogique du nursing psychiatrique. Néanmoins, l'intervention se doit parfois de devenir intrusion forte, lorsqu'il s'agit par exemple d'interrompre un patient logomachique, pour son bien; non seulement l'intervention peut être faite, mais elle devient un devoir clinique (Travelbee, 1978 : 154).

Benner emploie le terme *processus* dans une perspective plus phénoménologique (1995 : 37). Pour elle, les soins infirmiers sont moins une série d'actes de suppléance qu'une intervention

²¹ D'ailleurs, si nous relevons une contradiction, elle est purement formelle car toute intervenante entendra à n'en point douter le point de vue des auteurs.

relationnelle pour favoriser un contexte favorable à la guérison. En fait, la relation apparaît ici plus importante qu'une simple condition de l'efficacité de la pratique infirmière, elle en est le substrat de sa réalisation. Ouimet et Dufour vont plus loin en proposant un modèle d'actualisation de soi en soins infirmiers (1986) ; la pratique infirmière, comme toute pratique dans les métiers relationnels, engage l'être de la praticienne dans un projet de développement professionnel et personnel.

Outre l'association forte entre *diagnostics infirmiers* et *interventions infirmières*, il est rare dans les ouvrages consultés²² que l'intervention s'inscrive explicitement dans des protocoles techniques, ce que Theureau désigne comme l'activité sérielle des infirmières (1997 : 163). Nous formulons néanmoins l'hypothèse que les nombreux protocoles encadrant le travail des infirmières se construisent en partie à travers la catégorie intervention. Petitat (1992) relève par exemple la protocolarisation du toucher affectif, notamment auprès de grands malades alités ou de personnes âgées en établissement de soins de longue durée. Ce protocole est désigné *intervention* et se décrit par une série d'étapes, d'aiguillages, de séquences et de tâches proches de la thèse générale développée par Nélisse (d)²³, affirmant que la diffusion de l'intervention indique une protocolarisation du travail dans les métiers relationnels.

Dans le cadre d'une démarche de soins, l'infirmière choisit d'intervenir (Orem, 1987 : 270 ; Doenges, 1996 : 8; McFarland, McFarland, 1995 : 16). Cette idée de choix réfère cependant moins à une *praxis* qu'au travail diagnostique lui-même, duquel découle un certain nombre restreint d'interventions possibles. L'intervention est ici moins une volonté d'agir que le mouvement de mise en œuvre de connaissances scientifiques découlant d'un diagnostic positif. L'intervention apparaît alors comme le reflet des exigences objectives de la situation en regard notamment de l'orientation paradigmatique du modèle conceptuel auquel se réfère l'infirmière, modèle fondé, par exemple, sur la valeur santé ou sur la perspective de la suppléance au déficit d'auto-soin (Orem, 1987 : 57). Mais par-delà ces ancrages conceptuels,

²² Le type de documents lus a sans doute fait que nous n'avons trouvé que fort peu de protocoles, relégués soit à la contingence organisationnelle, soit à des écrits scientifiques très spécialisés. En fait, les protocoles sont relativement dynamiques, ce qui exige une diffusion «grise», adaptée au rythme de leur évolution.

²³ Comme nous utilisons quelque textes inédits et non datés de Nélisse, nous employons des lettres référant à la bibliographie pour les identifier.

lorsqu'un principe fondateur de la pratique infirmière est en jeu, l'infirmière est face à une «obligation morale : celle d'intervenir» (Travelbee, 1978 : 10).

2.2.5 L'intervention, une unité pratique

Si l'acte, comme le geste, est objectivable, nous avons vu qu'il n'épuise pas la complexité de l'action. Certaines auteures emploient alors le lexème *intervention* pour en appeler du caractère relationnel de l'action. Mais en regard de ce courant humaniste se trouve un important courant rationaliste cherchant à modéliser l'action infirmière, rationalisation qui sera nommée *intervention*. McCloskey et Bulechek (1993 ; 1996) rendent compte d'un effort explicite important de classification des «interventions infirmières» qui vise à doter les infirmières d'un langage commun, condition première de la scientificité de la profession. Cet effort de rationalisation découle pour nous de la reconnaissance du diagnostic infirmier. Grobe (1993), chercheuse sur le même objet, accuse McCloskey et Bulechek de positivisme en cherchant à produire une catégorisation calquée sur le modèle des sciences naturelles. Pour ces chercheuses, les interventions sont en effet constituées et sériées d'actions et de comportements «appropriés» (1996 : 23), regroupés empiriquement pour répondre tant à des exigences pratiques qu'à des connaissances objectives. Elles s'opposent donc au point de vue de Doenges et al. (1996 : 16) réduisant l'intervention à une opération simple (ex.: intuber) relative à une symptomatique. Elles définissent plutôt l'intervention comme suit :

Une intervention infirmière consiste en des soins directement prodigués au patient. Ces soins comprennent les soins prescrits par l'infirmière relativement à un diagnostic infirmier, les soins prescrits par le médecin relativement à un diagnostic médical ainsi que les activités quotidiennes essentielles que le patient est incapable d'accomplir. (1996 : 36)

Remarquez que dans cette définition la catégorie *soin* est incluse à une catégorie plus large, celle de l'intervention. Cela indique pour nous que la notion d'intervention renvoie à une mise en forme du travail extérieure à la pratique infirmière qui articule des légitimités à un processus générique. Cela indique aussi que l'intervention, par-delà la diversité des *fares* qu'elle engage, procède d'une intention sociale, en l'occurrence guérir ou maintenir la vie selon des possibles prédéterminés.

Contrairement à une perspective strictement actionnaliste, la série d'actes et de comportements n'est pas ici le simple fruit de la volonté d'une professionnelle, morale et

volontaire, en regard de la demande d'un client-citoyen. Le problème et les connaissances qui le concernent définissent avec assez de précision les possibles de l'intervention. Ainsi, les interventions et leurs compositions possibles apparaissent comme données, le travail des chercheuses se limitant alors à la recension des divers couples problème/intervention. Dans la première phase de leur recherche, les auteures ont identifié 336 interventions, toutes structurées comme suit : un intitulé formel, *traitement d'un déséquilibre électrolytique : hypocalcémie*, une définition de l'action, *mise en œuvre de moyens visant à favoriser l'équilibre calcique...*, et une série d'activités dont l'ordre et la réalisation dépendront du diagnostic infirmier. Il ne s'agit pas d'une véritable liste de procédures ou de protocoles mais d'un certain nombre d'actions clef (1996 : 44) dont l'articulation méthodique définit une intervention en sciences infirmières.

Les chercheuses relèvent, au surplus, de nombreuses «catégorisations d'interventions»²⁴, en général formulées de façon générique (contrôler la douleur, répondre aux besoins affectifs, etc.). Il ne s'agit pas ici d'actes, parfois appelés *interventions*, au nombre de 2500 chez Campbell (cité par McCloskey, Bulechek, 1996 : 23). Il est à noter à ce propos que les manuels pratiques (ex.: Kozier, Erb, 1983) utilisent parfois *intervention* pour désigner également un complexe d'actes techniques relié principalement à un problème (intervention en cas d'hémorragie, en cas de...).

Un peu plus proche de notre point de vue théorique sur l'intervention, Grobe préfère la richesse des usages pratiques et des jeux de langage à cette recherche de stabilisation d'une langue formelle. Elle écrit que les interventions «sont des moyens délibératifs (précis et organisés), cognitifs (raisonnés ou motivés par un motif conscient) et qui peuvent prendre une forme physique ou verbale» (1993 : 114). Elle propose de classer en huit grandes catégories (définition des besoins, surveillance des soins, etc.) les interventions des infirmières, entendues comme séries concrètes et situées d'actes. Le nombre de ces séries varie selon les auteurs. Cook et Fontaine en font un usage minimaliste en considérant que quelques grands types d'interventions (en situation de crise, d'urgence, etc.). Elles considèrent ainsi que les trois niveaux de prévention forment trois volets de l'intervention infirmière en psychiatrie

²⁴ Elles en ont compté quatorze pour Henderson; sept pour Verran; sept pour Benner; cinq pour Joel, quatre pour Omaha, etc.

(1991 : 162). Chez ces mêmes auteurs, la notion d'*intervention* désigne également l'ensemble de la pratique infirmière, qu'elles comparent à l'intervention psychosociale (1991 : 584). L'intervention semble alors se référer à une métadiscipline, ou à une discipline archétypique, par-delà les ancrages théoriques et conceptuels. L'intervention est en outre souvent associée à une justification, en l'occurrence essentiellement scientifique. En regard des interventions «prescrites d'après la justification scientifique des facteurs étiologiques» se trouve la «raison scientifique pour laquelle on exécute l'intervention» (Cook, Fontaine, 1991 : 81-82); par un tableau en trois colonnes, les auteurs arriment interventions, justifications et résultats escomptés.

Au cœur de cette perspective de formalisation des soins infirmiers réapparaît le courant techniciste centré sur la maladie, ici désigné problème, «problème [qui] exige une intervention infirmière» (Doenges et al, 1996 : 14). Le relation *rôle propre* et *diagnostic infirmier* implique dans bien des cas une rationalisation de l'action complexe, le terme intervention s'impose alors comme le plus efficace pour désigner cette mise en ordre du *faire* des infirmières en réponse à un problème souvent perçu comme indiscutable.

A contrario de l'intervention comme unité pratique, l'intervention infirmière peut désigner la réalisation d'un programme. Pelchat et al. (1998) décrivent une étude quasi expérimentale portant sur une intervention d'une durée de six mois réalisée dans le cadre d'un programme infirmier d'intervention précoce. Ici, à travers l'évaluation du programme, c'est l'intervention comme réalisation de l'action publique qui apparaît. Il faut noter que cette acception est peu présente dans les écrits professionnels des infirmières, ouvrages professionnalistes forcément centrés soit sur le sujet professionnel quasi *in abstracto*, soit sur une conceptualisation techniciste de la pratique. De nombreux mémoires de maîtrise en sciences infirmières, en l'occurrence des rapports de stage (ex.: Girard, 1992), utilisent cependant cette acception que nous avons nommée *intervention d'un acteur collectif* pour les travailleuses sociales. En outre, des ouvrages historiques laissent apparaître l'intervention infirmière comme inscrite dans des mouvements ou organismes collectifs : État, communautés religieuses, syndicats et associations professionnelles (Petitat, 1989; Desjardins et al., 1970). Petitat emploie principalement le terme intervention en son sens premier, soit pour désigner l'intervention de

l'État dans le système sanitaire québécois. Les infirmières sont alors des agentes individuelles et collectives de ce système d'intervention.

Osiek-Parisod analyse comment les infirmières scolaires construisent leur réalité professionnelle dans des «univers qui cadrent leur intervention (profession, organisation scolaire, clientèle)» (1994 : 25). Cette citation laisse entendre l'intervention comme l'organisation sociale d'une pratique professionnelle. L'auteure souligne d'ailleurs comment, en pratique, les infirmières scolaires sont jugées interventionnistes et se reconnaissent comme telles (1994 : 98), c'est-à-dire proactives car légitimées pour réaliser un mandat de santé publique, par exemple. Puis on retrouve chez Leclair les termes «intervention curatives et individuelles» (1982: 206) pour désigner les actions des infirmières comme éléments appliqués d'un programme de prévention. L'objet et le sujet de l'intervention sont donc aussi conçus comme étant collectifs. Enfin, quelques textes réfèrent à *intervention* comme variable indépendante d'un protocole de recherche (Parent, 1997 ; Tourigny, 1998) ; l'intervention est alors l'intrant humain dans un protocole d'actions objet d'analyse.

2.2.6 Conclusion

McCloskey et Bulechek constatent «la nécessité d'un travail conceptuel sur les interventions infirmières» (1996 : 33) comme articulation empirique et rationnelle d'actes et de comportements. Si nous partageons ce constat, nous pensons qu'il est préférable de suivre l'invitation de Grobe et de chercher les usages et les jeux de sens pratiques de la notion plutôt que de chercher à stabiliser une langue protoscientifique. Nous retenons donc de Grobe les caractères concret et situé des interventions, tout en insistant sur leur inscription sociale. Il n'est pas de notre propos d'analyser le sens de l'effort systématique de rationalisation derrière les recherches de McCloskey et Bulechek. Mais nous pensons que ces auteurs négligent quelque peu la question des conditions épistémiques et sociales des usages relevés.

Nous retenons également le double mouvement que traduit la diffusion de la catégorie intervention chez les infirmières. Il traduit en effet à la fois une tendance à la rationalisation des pratiques et son extension du côté des «vertus de l'incertitude» (Berthelot, 1996) des sciences sociales. L'usage de la catégorie intervention, en outre ou à l'encontre des concepts fort signifiants de la pratique infirmière (soins, *care*, *cure*, acte, acte délégué, traitement,

diagnostic infirmier, rôle propre) peut alors se lire, d'une part, comme un élément d'une stratégie collective d'accession au champ de l'intervention sociale, un peu à l'instar des travailleuses du communautaire qui se revendiquent du droit d'intervenir, notamment en se désignant et en désignant leur vis-à-vis comme intervenantes, et, d'autre part, comme une possibilité d'accès à la grandeur médicale, par la technicisation de plus en plus pointue et protocolarisée du travail infirmier. En relation à ce droit d'intervenir se pose pour les infirmières un rapport aux normes qui diffère de celui des travailleuses sociales, pour qui l'intervention est plus clairement une *praxis*, visant un changement, le mieux, socialement désirable.

La question des savoirs infirmiers et de la spécificité des pratiques infirmières, autrement que comme délégation d'actes, a longtemps fait l'objet de débats. Petitat insiste sur le long travail de reconnaissance qui aboutit pour lui à la création récente de doctorats en sciences infirmières. Intervenir, on l'a vu, suppose une volonté d'agir, une capacité «autonome» de prendre part à la situation. Tant qu'un doute planait sur les savoirs infirmiers autonomes, et qu'au mieux ils se voyaient reléguer au *caring*, au tacite de la pratique, il était difficile de se revendiquer du titre d'intervenante. La reconnaissance de la spécificité et de l'autonomie des savoirs, ainsi que l'élucidation et la reconnaissance des pratiques de soin, tout comme leur inscription au sein de systèmes d'intervention, autoriseront probablement de plus en plus l'utilisation de la désignation *intervention* pour nommer le *faire* infirmier et les statuts qui y sont associés. Le développement du modèle McGill est à la fois le vecteur et l'indice de cette transformation fondamentale.

2.3 Les usages d'*intervention* dans les écrits du travail social

Il semble que l'usage du terme *intervention* soit particulièrement fréquent pour les «quasi professions» (Etzioni, 1971), dont le travail social. Et ce à un point tel pour ce groupe professionnel que le terme *intervention* est employé comme synonyme générique de la profession, le terme *intervention sociale* désignant en effet fréquemment le travail social lui-même (DeRidder, 1997b : 286; R.U.F.U.T.S., 1987; Racine, 1991); parfois, le terme désigne plutôt le système d'intervention sociosanitaire dans lequel oeuvrent les travailleuses sociales. Pour DeRidder, l'intervention est enfermée dans une définition où elle apparaît réduite à diverses formes d'assistance, de contrôle, ou de réparation (1997 : 11), pour nous

conséquentes de son inscription dans le système d'intervention sociosanitaire. De façon générale, «Le mot intervention est, à notre avis, plus fort que celui d'action, bien qu'il soit souvent utilisé comme synonyme» (DeRobertis, 1981 : 82). Ce surcroît de puissance lui provient précisément du fait que l'intervention/action de la travailleuse sociale est aussi intervention de l'État en tant que tel.

2.3.1 L'intervention comme la réalisation d'un acteur collectif

L'intervention est ainsi associée à l'organisation intervenante (Beaudouin et al., 1998 : 20; Bégin, Doré, 1992 : 20; Maison Saint-Jacques, 1986), au programme d'intervention (Hamel et al., 1998 ; Beaudouin et al., 1998; Latendresse, 1992; Piché, 1992 ; Renaud, 1997), c'est-à-dire à «ce qui est écrit à l'avance» (Boutin, Durning, 1994 : 37), à l'appareil technocratique d'État (Redjeb, Laforest, 1983), au groupe professionnel comme acteur social (Menthonnex, 1995), et aux politiques sociales en tant que telles, comme l'écrit Delville : «L'exécution de la politique sociale se traduit par une série de démarches que nous appellerons *intervention*» (1974 : 212).

Cet acteur collectif porte une part importante de la légitimité de l'intervention, légitimité qui se transforme dans l'action en autorité, comme c'est le cas de façon typique en Protection de la jeunesse. L'intervention apparaît alors d'abord comme la réalisation d'un mandat, et relation ensuite. À ce mandat est associé une puissance, une capacité de faire, qui devra se graduer (Ménard, 1988) selon l'intensité du problème et l'impératif social d'intervention que ce dernier met en jeu. En regard de l'autorité se trouve donc, en certaines circonstances, une obligation d'intervenir, impératif dépassant largement la volonté de la praticienne, l'une devenant condition de l'autre. Cette obligation s'intériorise en un *ethos* professionnel liant impératif social d'action et mobilisation de soi. L'intervention demeure néanmoins affaire singulière et «doit saisir toutes les nuances de chaque cas.» (Dubé, St-Jules, 1987 : 86). Elle s'effectue sur le mode d'une relation *d'autorité, de contrôle, artificielle, d'affaire* mais néanmoins toujours *relation d'aide* (1987: 139).

C'est l'acte social qui se réalise à travers politiques, organisations publiques et parapubliques et groupes professionnels. Il s'agit là de véritables systèmes d'intervention, au sens de Barel (1973), désignés par Sherif comme «l'ensemble des services professionnels qui ont le mandat

de distribuer des services sociaux [à travers] une série d'actes posés par un praticien» (1982 : 35) en vue de répondre à la demande sociale.

2.3.2 L'intervention : une action finalisée

L'intervention se présente rarement comme une finalité en soi, bien qu'elle soit toujours finalisée. Cette finalisation trouve son point d'ancrage dans les mandats sociaux qui eux-mêmes s'appuient sur des consensus ou des impératifs moraux (Beaudouin et al., 1998 : 31) qu'expriment les objectifs d'un programme ou d'un service (Dubé, 1998 : 46). L'intervention de Protection de la jeunesse, l'intervention suicide, l'intervention précoce, pour exemples, sont sous-tendues de grandes finalités sociales qui, en général, sont formulées comme autant d'impératifs moraux (Hamel et al, 1998). Mais au-delà des diverses théories critiques déconstruisant lesdits consensus, l'intervention demeure pour Crapuchet et Salomon une nécessaire réponse empirique à des besoins particuliers (1992 : 11). L'intervention articule en fait une diversité de discours de légitimation s'adressant à autant d'acteurs sociaux, dont au citoyen-usager sujet de droit ayant formulé la demande.

Pour DeRidder, le catégorie intervention nous indique le caractère social de toute action auprès d'usagers (1997b : 286). Leur problème, leur carence, leur incomplétude est donc, en certaines circonstances et selon certains paramètres, affaire publique. L'intervention se définit alors à partir de problématiques sociales et nécessite une conception «interventionniste» de l'État. DeRidder résume ce point de vue comme suit :

il convient d'abord de marquer que le *champ de l'intervention sociale* est beaucoup plus large que celui des intervenants sociaux : l'intervention sociale est le fait d'un système institutionnel et d'une organisation comportant des financements socialisés, des dispositifs, des organismes gestionnaires, des bénéficiaires, des établissements et des structures d'intervention, des personnels et des activités [...] (1997 : 288)²⁵

Mais en regard des discours de légitimation provenant de la science, de l'État, de la profession et des grands consensus sociaux se trouvent des discours, en partie arrimés à l'idéologie professionnaliste, posant l'intervention comme finalisée dans et par la relation que construit l'intervenante :

²⁵ Il faut comprendre ici l'intervention sociale comme quasiment synonyme de travail social, tout en sachant que le travail social en France est le fait de plusieurs groupes professionnels.

Intervenir, c'est ainsi faire en sorte que la demande vienne du client lui-même, qu'il intériorise la demande d'aide [...]. Le travailleur social, en euphémisant le mandat, en impliquant le client dans une relation d'aide individualisée, participe à positiver la mesure. (Soulet, 1997 : 250)

Zuniga (1997 : 78) considère également que l'action professionnelle prend une part de sa légitimité en elle-même, part que l'auteur pose néanmoins comme objet social d'analyse. Il écrit ainsi que :

Le point de départ du concept d'intervention n'est pas celui d'une action sur une autre, mais celui d'une construction de signification autoréférée, le sentiment de compétence du sujet intervenant [...]. L'intervention démarre dans le contexte de formation comme une construction subjective de l'action professionnelle conçue comme une action personnelle. (1997 : 82)

2.3.3 L'intervention d'un agent sur des systèmes

Une vision systémique (B.R.I.C., 1993; Amiquet, Julien, 1996 ; Acherman, Andolfi, 1987 ; Caillé, 1987), ou écologique (Dubé, St-Jules, 1987 ; Bouchard, 1987) construit plusieurs usages de l'intervention. Pour Massa (1992), le processus méthodologique générique de l'intervention sociale est moins la méthode expérimentale de Bernard (cueillette de données, diagnostic, etc.) que la méthode découlant de la théorie générale des systèmes. L'intervention participe ici de processus engageant et modifiant l'homéostasie des systèmes impliqués plus ou moins directement dans la situation problématique. Les déterminismes sociaux ou la volonté de changement des acteurs s'effacent en partie derrière la naturalité de la situation qui indique et donne les possibles de l'intervention. L'intervenante est alors considérée comme intrant d'exception dans un système temporairement déséquilibré. Le regard de l'intervenante s'élargit alors à la dimension des systèmes accessibles à l'intervention. Dans cette perspective, la forme de l'action comme telle n'a pas une importance aussi déterminante que sa nature. Ce qui importe, ce n'est pas ce qui est fait, ni comment il se fait, mais bien le résultat de l'intervention sur le système. Ainsi, l'intervention apparaît relativement relationnelle, en ce sens que l'entrée en relation permet à l'intervenante de devenir «part» du système, au moins pour un temps. Pour les travailleuses sociales, il importe de souligner que le système visé par l'intervention n'est pas que le seul système-client. Ce système est lui-même engagé en d'autres systèmes (la communauté, l'école, l'usine) qui pourront, éventuellement, faire l'objet d'une intervention. En outre, le système-intervenant (les programmes, l'organisation, les collègues, les organismes partenaires) peut aussi faire l'objet d'une intervention, en ce sens

qu'il participe du déséquilibre ou de la solution identifiés. Cette vision systémique fait en sorte que tous et chacun peuvent être cible d'intervention, comme tous et chacun peuvent accéder à la fonction d'intervenant. Ainsi, aux systèmes périphériques du système-client sont associés divers intervenants : le curé, le directeur d'école, le voisin, etc.

2.3.4 Méthodes, processus et séquences : la question de la mise en ordre de l'action

Un peu à la façon des infirmières, l'intervention réfère fréquemment à l'idée de mise en ordre de l'action professionnelle. Pour DeRobertis, la catégorie intervention indexe clairement une méthode générale qui s'inscrit dans un contexte d'unification méthodologique en travail social (1981 : 6). Elle cite l'Association canadienne des travailleurs sociaux qui «demande une méthode générique de service social» (1981 : 36). Dans un bref historique, l'auteure rappelle la quête incessante d'unité des travailleuses sociales, à propos des tâches dans les années 30, des techniques dans les années 40, puis des fonctions, dans les années 50. La notion d'aide jouera pendant longtemps un rôle d'unification des diverses représentations de l'action professionnelle des travailleuses sociales. Puis peu à peu se répand la méthode du case work qui transformera grandement les façons de faire. Notons ici que tant la notion d'aide que la notion de *case work*, comme la notion actuelle d'intervention, ne sont pas des notions spécifiques au travail social, mais bien des notions partagées plus ou moins intensivement par un ensemble de métiers relationnels. Cela permet de mettre en lumière une caractéristique importante distinguant les deux groupes professionnels objet de notre étude : les infirmières possèdent en propre un outillage conceptuel fort pour lequel les travailleuses sociales n'ont pas d'équivalent. Néanmoins, force est de constater que l'un comme l'autre groupe professionnel, mais sans aucun doute avec plus de force chez les travailleuses sociales, se revendiquent des «vertus de l'incertitude » (Berthelot, 1996) des sciences sociales qu'expriment selon nous les termes génériques d'aide, de *case work*, et d'intervention. À la manière d'une fugue de Bach, ces concepts reviennent et s'actualisent dans la présente recherche d'unité conceptuelle, aujourd'hui autour de la méthode générale commune aux travailleuses sociales, sinon à l'ensemble des métiers relationnels.

Pour DeRobertis, une telle méthode se distingue des actes professionnels (diagnostic, évaluation, formulation du plan d'intervention, etc.) et des fonctions (aide, information, etc.) (1981 : 79). Elle implique plutôt différentes étapes de la mobilisation du soi professionnel

articulant *projet, intervention et visée de changement*. Alors que chez DeRobertis le projet est entendu comme programme finalisé d'actions, Soulet pense que «cette notion n'est pas tant à entendre comme un programme d'action concret que comme l'idée lancée en avant, comme une projection» (1997 : 205), une vision de ce que devrait ou pourrait être la vie de l'utilisateur. «Intervenir, c'est construire des projets, structurer le présent par le futur, donner le sens de l'anticipation à la clientèle pour faire acquérir celui de la gestion» (Soulet, 1997 : 204). Boru (1988) apporte un éclairage différent à ce propos en rattachant la notion de projet dans l'intervention à l'ingénierie sociale, rationalisante, qui travaille à l'analyse des besoins en fonction desquels les objectifs d'action sont déterminés. En pratique, l'énonciation même du projet (par exemple une rencontre prochaine au terme de la séance) rend possible l'intervention. Elle se conçoit donc comme une capacité affirmée et plausible. Cette dimension de *projection* détonne un peu de l'idée voulant que l'intervention est surtout acte, effectivité et concrétude du *hic et nunc*. Elle est aussi en amont, voire surtout, injonction sociale (le problème problématisé), désir d'agir à travers l'*ethos* professionnel, puis projection en aval. Soulet cite une intervenante à ce propos qui définit ainsi l'un des principaux rôles de la travailleuse sociale. Ce rôle «est de rendre possible» (1997 : 242), notamment le projet d'intervention. Cette courte phrase traduit fort bien le regard que nous portons sur la pratique du travail social.

L'intervention apparaît donc comme la conjonction d'un «vouloir agir» (DeRobertis, 1981 : 82) et d'un *faire*, assujéti à la méthode générale. Notons d'ailleurs, à ce propos, que la plupart des ouvrages méthodologiques sur le travail social s'ouvrent sur les fondements du *vouloir agir* (nommés postulats, principes, valeurs, philosophie) et présentent par la suite la méthode comme découlant naturellement desdits fondements (ex.: Brodeur, Rousseau, 1980). Il doit y avoir ici une certaine concordance axiologique entre ce désir d'agir, l'*ethos* professionnel et l'interventionnisme de l'État.

Le *faire* en question est un *faire stratégique*, car le sens de l'intervention n'est pas dans le geste mais bien dans le changement escompté, et ce avec ou à l'encontre des résistances de l'utilisateur, du milieu, de l'organisation, parfois des politiques et programmes. Au-delà de la pluralité des stratégies possibles se trouve toujours l'efficacité de l'action. Cette conception de l'intervention pose une relation thérapeutique plutôt à l'initiative de l'intervenante, dans un

rapport quasi objectal à l'usager. Pour Champagne et Denis, ce *faire* est une mise en œuvre de programmes, méthodes et techniques (1992 : 152) par un agent de base, au plan organisationnel, et de proximité, au plan clinique.

Pour DeRobertis, la notion de modèle découle de la recherche d'une méthode générale (1981 : 70). Elle constate cependant deux tendances de fond à ce propos, la première concevant le travail social comme le bras opératoire des politiques sociales et agences d'État, l'autre se centrant sur la relation psychoaffective, quitte à parfois nier la fonction sociale du travail social. Soulet insiste sur le fait que la tendance à la formalisation de l'intervention par les travailleuses sociales est une réponse au désir des usagers d'affectiser la relation thérapeutique. L'intervention est d'abord, pour Soulet, une maîtrise de son action, que la construction collective de modèles permet de réaliser. À défaut de tels modèles à portée normative, les critiques de l'a-scientificité de la pratique des travailleuses sociales pourraient démontrer que le travail social, entre autres, n'est que la professionnalisation de fonctions affectives qu'une société ne peut ou ne veut plus assumer par les réseaux «naturels» de liens sociaux communautaires et de proximité.

Les phases de la méthode générale sont alors présentées moins comme prescriptions que comme invariants pratiques, comme simples explicitations et formalisations du *faire*. DeRobertis traite d'une systématisation de l'expérience pratique permettant «de retrouver le général en partant du particulier» (1981 : 91). Cette conception de l'intervention comme méthode doit se lire en regard de l'identité professionnelle des travailleuses sociales, «généralistes du social» et «spécialiste de la non-spécialité» (Soulet, 1997 : 238, emprunté à Marty). La méthode est alors un métamodèle reléguant son effectuation soit au registre de l'art, du coup de main, ou de la maîtrise existentielle de soi.

Duranquet (1974 : 1992) présente le *case work* comme un mode appliqué et éclectique d'intervention. Mathieu considère en outre du *case work*, le *group work* et l'organisation communautaire comme les trois grands modèles d'intervention en travail social (1987 : 108). Il y aurait donc au moins deux niveaux de méthode, soit le processus générique ou schéma général (Seron, Wittezaele, 1991), puis celui d'un modèle regroupant un ensemble de caractéristiques discriminantes liées à l'objet (Taisne, 1974), au contexte de pratique, à des

clientèles, à des modalités d'action (Duranquet, 1974) ou à de grandes références théorico-culturelles, les paradigmes (Dutrénit, 1993). La notion de paradigme, au-delà des difficultés d'usage qu'elle implique, permet d'articuler une vision théorico-culturelle à des pratiques professionnelles, scientifiques ou organisationnelles effectives. Chauvière (1989) estime que les formes de l'intervention auprès des familles sont liées à la constitution même des regards savants sur cet objet alors que Hurtubise et Vatz-Laaroussi (1992), par exemple, estiment que l'intervention construit la famille. Dans certains écrits provenant des intervenantes mêmes, ces paradigmes prennent la forme d'énoncés axiologiques : définir son intervention, c'est nommer ses valeurs (Maison Saint-Jacques, 1986). Du point de vue de la pratique, l'intervention est alors *praxis*, au sens éthique du terme.

Puis en outre des diverses figures de la méthode générale, nous avons trouvé abondance de séquences de l'intervention, en étapes (Paulhus, 1985 : 35) et phases (Hamel et al., 1998) de toutes sortes. Le repérage de ces phases importe car il permet de réfléchir certains repères de l'organisation pratique de la catégorie *intervention*. Prévention n'est pas toujours intervention (Beaudouin et al, 1998), comme le dépistage est parfois distingué de l'intervention (Palacio-Qintin, 1992 : 77), bien qu'elle ait aussi une finalité préventive (Hamel et al., 1998). Cette difficulté à définir l'étendue de la séquence provient entre autres de la capacité de la catégorie à désigner tout à la fois l'ensemble et certaines de ses parties. Hamel et al. (1998 : 37) recensent quatre phases du *processus d'intervention* de groupe, constituant l'intervention, dont la phase pré-intervention visant à vérifier la volonté des éventuelles participantes à s'inscrire au groupe. L'analyse ou le diagnostic sont inclus ou non selon le cas dans la séquence. Ainsi, pour certains, analyser n'est pas intervenir, alors que selon DeRobertis, l'intervention apparaît dès que la demande est formulée par un usager ou un acteur social (1981 : 129). Il en va de même pour l'évaluation qui, parfois, fait partie de l'intervention (Hamel et al. 1998: 41). De même, l'intervention est parfois très ponctuelle, parfois elle englobe toute la séquence d'actions ; par exemple, l'intervention pourra autant signifier les quinze rencontres que le reflet spécifique d'une émotion tout aussi spécifique à la vingtième minute de la douzième séance. Latendresse donne l'exemple des infirmières scolaires qui suivent pendant des années des enfants, effectuent du dépistage, les soignent, et des travailleuses sociales qui *interviennent* ponctuellement (1992 : 88) dans ces dossiers.

Crapuchet (1974 : 14) considère l'intervention comme un processus générique transverse à l'ensemble des professions du social et dont la séquence va de «l'initiative à l'évaluation». D'ailleurs, les travailleuses sociales travaillent fort pour estimer l'efficacité globale d'une intervention. En fait, la notion d'*intervention* apparaît quelque peu plus mesurable et objectivable que la notion ancienne et floue d'*aide* (ex.: Bégin, Doré, 1992 : 23). DeRobertis séquence quant à elle l'intervention de la demande à la clôture de la relation (1981 : 91). Ici encore, le processus générique d'intervention comporte la mise en œuvre d'interventions spécifiques, au sens d'actes opératoires. La psychanalyste Danckaert conceptualise aussi l'intervention en travail social à travers un processus «générique, "universel" d'accommodation psychique» (1989 : 98) qu'impose l'objet comme tel, en l'occurrence la crise d'adolescence. Ici, il s'agit moins d'une méthode générique que de la vérité intrinsèque des objets. D'ailleurs, plusieurs auteurs estiment que c'est l'objet par lui-même qui impose sa méthode ou son processus générique (Ouimet, 1983). L'intervention selon Danckaert est alors une expérience conjointe travailleuse sociale/usager qui se déroule dans un espace transitionnel, à la rencontre de l'intimité et du public. L'intervention, du point de vue de l'utilisateur, n'est que l'une des formes que peut prendre «cette tâche interminable pour l'individualité qui consiste à maintenir à la fois reliées et séparées réalité intérieure et réalité extérieure» (1989 : 105). Enfin, il faut noter que le découpage de l'intervention est plutôt professionnalo-centrique, en ce sens que la relation clinique ne coïncide pas toujours au plan temporel avec la séquence réelle du problème ou du changement chez l'utilisateur. La séquence de l'intervention est d'abord professionnelle, quoi qu'en disent les intervenantes.

Les jeux en poupées russes de l'*intervention* font en sorte que la méthode est plus large que les *interventions*, comme actes. Pour DeRobertis, ces actes sont fondus indistinctement au *faire*, entendu comme mobilisation du soi professionnel. Elle écrit en conclusion de sa *Méthodologie de l'intervention en travail social* que «les limites de cet ouvrage n'ont pas permis d'approfondir les aspects spécifiques de l'intervention» (1981 : 307) dont le nombre et la complexité ne font que refléter l'incommensurabilité des objets. L'absence très fréquente des actes dans ces écrits de la méthode générale tient selon nous à deux types d'explication. Le premier concerne la forme livresque qui se prête mal, parce que forcément abstraction, à l'exploration des pratiques effectives. Le second concerne le professionnalisme comme tel qui s'empresse de se fonder d'abord sur un système axiologique (professer sa foi) avant la maîtrise technique,

reléguée dans l'ombre des métiers et les contingences des lieux de pratique. DeRobertis (1981 : 165) accrédite un peu ces deux hypothèses en affirmant que le *comment faire*, après tout, est un art, donc assez peu objectivable pour l'intellectuelle rédigeant un ouvrage d'introduction à la pratique du travail social. À partir d'une perspective différente, Soulet fait la même prévention en rappelant la difficulté de traduire «tout un ensemble d'actes difficilement formalisables qui sont au fondement de l'habitus [...] de ces professionnels de la relation» (1997 : 125).

Il est utile ici d'en appeler à Foucault, qui nous entretient de la médecine²⁶, où l'intervention est bruit du geste qui rompt le silence naturel de la réflexion. Le regard clinique est :

pur de toute intervention dans la mesure où cette genèse n'est que la syntaxe du langage que parlent les choses elles-mêmes dans un originaire silence. Le regard de l'observation et les choses qu'il perçoit communiquent par un même logos qui est ici genèse des ensembles et là logique des opérations. (1963 : 109)

Pour ce qui précède, la séquence de l'intervention se découpe surtout en regard de considérations épistémologiques et méthodologiques. Plusieurs auteurs réfèrent cependant à diverses déterminations de la pratique pour analyser les séquences observées. Par exemple, en ce qui concerne le travail social en contexte d'autorité, Groulx considère que l'intervention est séquencée de l'extérieur par l'ordre juridique (1995 : 98) ce qui, *ipso facto*, produit une division du travail d'intervention. L'auteur identifie quatre positions des travailleuses sociales en la matière : aliénante, démotivante, résistante ou ouverte à des défis de créativité, quatre positions comme autant de modalités de mobilisation de soi en regard des contextes de pratiques. Cependant, la mobilisation de soi en elle-même peut être considérée comme insuffisante pour réaliser l'intervention. Par exemple, un Plan de services individualisé, qui engage diverses professionnelles à coordonner leurs actions, articule entre elles des activités parfois éclatées en regard de la division et l'organisation du travail. Sa planification permet,

²⁶ Le philosophe insiste sur ce qui unit sciences sociales et médecine. Il écrit: «Si les sciences de l'homme sont apparues dans le prolongement des sciences de la vie, c'est peut-être parce qu'elles étaient *biologiquement* sous-tendues, mais aussi qu'elles l'étaient médicalement [...] l'objet même qu'elles se donnaient (l'homme, ses conduites, ses réalisations individuelles et sociales) se donnait donc un champ partagé selon le principe du normal et du pathologique. D'où le caractère singulier des sciences de l'homme, impossibles à détacher de la négativité où elles sont apparues, mais liées aussi à la positivité qu'elles situent, implicitement, comme norme.» (1963 : 36). Crapuchet et Salomon appuient ce point de vue en écrivant que l'intervention sociale et l'intervention médicale partagent une base méthodologique commune et que leur rapport aux sciences est similaire (1992 : 11).

selon Turcotte, de réaliser le processus général d'intervention (1992 : 33) par un travail multidisciplinaire provoqué. L'intervention dépasse donc ici l'unique mobilisation du soi professionnel.

Enfin, pour Fischer, l'expression *intervention sociale* se distingue de l'*intervention clinique* dans la mesure où la première «englobe toutes les formes d'action qui portent sur les modes de vie et sur les facteurs externes qui relèvent de l'organisation sociale» (1992 : 66), alors que la seconde consiste «en modes d'action» visant à transformer des comportements. D'une part, elle est globale, au sens d'action sociale sur la société, d'autre part, elle est rationalisation de l'action pour saisir la personne dans sa globalité. Cependant, cette rationalisation est, pour Bouchard, d'abord éclectisme «intégré». Elle est moins méthode qu'approche, au sens de *vision du monde*. Celle-ci «ne prescrit aucune technique précise [...], ne propose aucun "kit d'intervention"» (1987 : 455). Elle s'inspire de la théorie générale des systèmes, de l'analyse structurelle, de l'analyse fonctionnelle, elle est pragmatiste et empiriste, au besoin elle puise dans l'épidémiologie et les sciences des organisations Elle est en outre phénoménologique tout en s'abreuvant à l'analyse objectivante des sciences économiques. Finalement elle est fondamentalement humaniste. Écologique, elle vise donc à tout embrasser d'un même mouvement (toutes ces sources théoriques en p. 455 de Bouchard, 1987). Cette large étreinte reflète, pour l'auteur, la complexité des situations cliniques, alors que pour certains cet éclectisme peut sembler suspect. Nous pensons qu'il traduit la subordination des méthodes et moyens du *faire* à l'impératif premier de l'action, soit son efficacité pratique.

2.3.5 Un action hétéronome : les paramètres de l'intervention

Soulet²⁷ explore des «structures formelles qui sous-tendent l'intervention sociale dans son ensemble» (1997 : 18). Pour ce faire, l'auteur identifie une série de caractéristiques structurelles et «d'invariants praxéologiques» constitutifs d'une grammaire indigène de l'intervention en travail social. Cette grammaire pratique permet aux travailleuses sociales de se doter de «styles différents de l'intervention dans une orthodoxie d'ensemble» (1997 : 20). Comme toute grammaire, celle que propose Soulet est à la fois descriptive et prescriptive,

²⁷ Soulet a formalisé à partir de pratiques concrètes de travailleuses sociales des *invariants praxéologiques* et des *caractéristiques structurelles*, les premières référant à des construits normativo-cognitifs et les secondes à des procédures instrumentales. Les formes produites ont pour nous le statut d'ethnométhodes.

dans la mesure où les formes qu'elle élucide contraignent autant qu'elles habilitent les travailleuses sociales.

L'organisation, avec les cadres politiques et juridiques qu'elle porte, pose pour la praticienne y oeuvrant l'aire des possibles de son action. Soulet considère l'intervention, dans un cadre de travail forcément organisé, comme un *bricolage* procédant d'une «logique de coups» (1997 : 57). Il s'agit pour lui d'une véritable *science du concret* qui se doit de rencontrer, dans son effectuation, quantité de raisons pratiques. L'auteur reprend, tout comme Nélisse, la métaphore de la composition²⁸ où devis, matériaux, conditions et règles de construction sont donnés à l'appréhension et antérieurs à la mobilisation professionnelle. La praticienne compose, crée du particulier avec ces matériaux donnés. L'intervention est alors dynamique, mobile, versatile, en recherche d'adéquation entre les exigences du particulier et les possibles de la composition. La compétence technique est alors l'une des mesures de la capacité de composition de la praticienne, auquel s'ajoute la compétence relationnelle, véritable *habitus* existentiel.

L'intervention des travailleuses sociales poursuit plusieurs objectifs à la fois, dont le changement global visé ainsi que l'efficacité de chacun des actes posés. Ainsi, une intervention de support alimentaire comportera le plus souvent des dimensions éducatives ou de resocialisation, en plus du dépannage alimentaire comme tel. Les tâches ne se succèdent pas mais s'emboîtent plutôt dans une logique pratique *a priori* obscure pour un tiers non initié. Soulet considère que cette logique d'action à «double palier» (1997 : 61) structure l'action des travailleuses sociales. Elle se réalise d'abord sur le mode de la parole, ce qui explique pour Soulet le peu de temps accordé par les travailleuses sociales à la conception, à l'analyse, à la programmation. L'intervention est *hic et nunc*, les actes plus concrets n'apparaissent alors que comme support à la relation dialogique, considérée quasiment comme l'entier de l'intervention.

Contrairement à une perspective de type *éthique de la discussion* (Redjeb, 1997; Legault, 1997; Patenaude, 1998), l'intervention comme discussion est, selon Soulet, moins le fait de l'état de

²⁸ Nous avons développé ailleurs (1998), en appuie sur Vilbrod (1995), la métaphore de la *navigation à vue* qui s'ajoute à celle de la composition.

l'épistémè postmoderne qu'une condition pratique inscrite dans le travail des travailleuses sociales. Nous adhérons à cette dernière position, pragmatique en quelque sorte, qui permettra à travers l'objet central en sciences sociales qu'est le travail de réfléchir, en temps opportun, la question de la transformation de *l'épistémè*.

L'intervention constitue néanmoins une forme d'agir communicationnel. Pour Soulet, l'intervention est une «modalité formelle de création de communication [...visant] une réinscription dans une socialité minimale» des usagers (1997 : 69). Cette communication est d'abord *mise* en communication comme modalité d'engagement existentiel de l'utilisateur. Dans cette perspective, intervenir, c'est surtout médier, au sens philosophique du terme (Freynet 1995 ; Melh, 1992), entremettre des possibles et des désirs. Cette médiation se constitue en pratique de jeux de proximité et de distanciation, et sa légitimité prend essentiellement sa source dans la signification de l'interaction. Intervenir, c'est être avec, mais un *avec* mis en scène, la *persona* de la travailleuse sociale. Celle-ci est certes une professionnelle de «la proximité et de l'affectivité» (Soulet, 1997 : 100), même si l'efficace professionnelle exige une incessante mise à distance de l'émotion, du problème, voire de la relation. Cependant, si le rapport dialogique nous semble effectivement comme un invariant praxéologique des métiers relationnels, nous ne pensons pas que la légitimité de l'intervention puisse s'autolégitimer de par sa seule mise en œuvre dans l'interaction. Comme Zuniga le laisse entendre (1997 : 82), la légitimité s'inscrit très tôt dans la constitution même des représentations du *droit d'intervenir* lors de la formation de l'intervenante, constitution évidemment sociale. En outre, et quoiqu'on en dise, nombreuses sont les interventions qui se réalisent à l'encontre d'une interaction significative, voire même d'une interaction véritablement intersubjective²⁹. Comme Soulet le souligne (1997 : 106), l'intervention comme relation a comme limite ce que permet l'intervention comme injonction sociale, comme «délégation sociale d'intervenir» (1997 : 210).

Soulet présente une série d'invariants praxéologiques telles que les nécessités de gagner la confiance, de faire émerger la demande, d'explicitier certains choix, de positiver. À cette première série de paramètres praxéologiques s'ajoute la nécessité d'engager une action

²⁹ Et il nous apparaît trop simple de décrire ce constat qui, pour nous, se donne à être analysé.

formalisée en partie par la production d'un contrat liant l'intervenante et l'usager. Ce contrat vise notamment à responsabiliser et engager l'usager dans l'intervention, ce qui permet de restaurer sa dignité perdue par l'appel d'un tiers. Cet ensemble d'invariants praxéologiques s'appuie en bout de ligne sur une axiologie humaniste qui «constitue en fait le support pratique en même temps que le fondement normatif de l'intervention» (1997 : 156). De plus:

L'analyse se trouve ici à une limite logique. Cette attitude humaniste constitue une borne indépassable pour la saisie de ce qui se joue dans l'intervention au quotidien. Si l'on saisit clairement l'importance d'une telle conception normative en direction d'autrui au plan du fondement idéologique de l'intervention, si l'on perçoit bien comment elle peut oeuvrer pour en créer les conditions de possibilité comme les condition de légitimité, il n'en reste pas moins que demeurent secrètes les modalités concrètes selon lesquelles se forme cette croyance en l'autre. [...] La réponse est à chercher en deçà d'une analyse des pratiques concrètes qui supportent l'intervention (1997 : 161-162)

Chopart (1997) élargit le regard et s'intéresse aux régulations sociales de l'intervention. Il s'intéresse notamment au contexte libéral qui instille une dynamique de régulation et de compensation de ses excès. L'usager devient client, ce qu'indique le développement du contractualisme, de la pondération des coûts et bénéfices, du managérial, etc.

Évidemment, la liste des paramètres est des plus longues et la diversité des formulations innombrable dans l'ensemble des écrits. Par exemple, Bertot et Jacob (1991) en dénombrent six pour l'intervention interculturelle³⁰. Ces paramètres sont sociaux, varient d'un lieu à l'autre, d'un objet à l'autre, d'un temps à l'autre. L'intervention est ici conçue comme l'incarnation pratique de paramètres pour l'essentiel extérieurs (Simard, Turcotte, 1992) à la mobilisation de l'acteur professionnel. Ces paramètres, ces «butoirs» pour reprendre le terme de Soulet, ont ceci de caractéristique qu'ils s'érigent par l'effectuation même de l'intervention et tracent ainsi les limites du dicible (à propos de l'intimité, de l'illicite, de l'engagement, de l'étendue du secret, de la dialectique support/prise en charge, etc.). Cependant, ces limites «sont toujours locales et ne font jamais jurisprudence» (Soulet, 1997 : 210). Cet énoncé semble *a priori* paradoxal au projet même de l'auteur de formuler ou d'élucider une grammaire de l'intervention, la grammaire pouvant être conçue comme une forme de jurisprudence. C'est que la jurisprudence en son sens légal est externe à la pratique et aux situations, alors que la

³⁰ Valeurs, connaissances de base du comportement humain, connaissances des politiques sociales et habiletés à utiliser les ressources, prise de conscience de soi et de son identité ethnoculturelle, impact de l'appartenance ethnique sur la vie quotidienne, adaptation des habiletés et techniques à la réalité ethnoculturelle (1991 : 190).

grammaire de Soulet, tout comme les éléments grammaticaux que nous cherchons à reconstruire, est «indigène», ancrée dans une pratique réelle et sujette à l'incommensurabilité des objets et des situations. Pour nous, cependant, la grammaire, toute située et incommensurable soit elle, demeure productive de pratiques, sans pour autant les déterminer en un sens causal. Ce qui peut faire jurisprudence est alors la sédimentation de cette grammaire, pensons au travail de typification au cœur du diagnostic. Au-delà de tels paramètres apparaît pour Soulet le «continent noir de l'intervention»(1997 : 298), véritable lieu de l'incertitude du social.

2.3.6 L'intervention comme mobilisation existentielle de soi : la relation

Nous avons identifié un autre groupe d'acceptions de l'intervention qui partagent un air de famille, surtout regroupées autour du trait *relation*. Le terme *intervention* s'utilise en association à diverses prépositions caractérisant le type de relation en jeu. Bertot et Jacob (1991) font du *intervenir avec* la pierre angulaire du modèle d'intervention qu'ils proposent dans le champ de l'immigration. Ce faisant, ils insistent sur le caractère relationnel d'une action qui se fonde sur le respect de l'autre, la reconnaissance d'une commune humanité, le désir d'égaliser les statuts et de réduire le caractère univoque de l'intervention.

Sur la vingtaine d'articles que comptent les actes d'un colloque en gérontologie (Bernier, Goulet, 1983), tous les titres traitant de l'intervention, sauf un, sont structurés comme suit : *L'intervention auprès des aînés + un objet (ex.: autonomie)*. La relation est ici moins participative, plus assistancielle, comme le fait d'«agents de service public» (Jobert, 1992). De même, dans un autre ouvrage collectif, le lexème *intervention* n'implique pas une relation mais bien une modalité d'action, en l'occurrence celle d'un programme d'intervention précoce (G.R.I.P., 1992). La forme standard est *L'intervention en ou de + objet ou contexte*. Une telle formulation implique ici des «agents d'intervention» qui effectueront des activités prévues au programme (Pourtois, Desmet, 1992 : 147).

Mais Racine (1991) s'oppose à la vision de l'intervention en travail social comme science appliquée et maîtrise pratico-technique. Il considère que la perspective schönnienne traduit mieux la complexité du travail social. L'intervention est une relation de service (Beaudouin et al., 1998 : 19) se référant à un «paradigme relationnel à la base de l'intervention de réseau»

(Sanicola, 1996 : 62), et ce même si le travail porte sur les structures et fonctions du réseau (1996 : 57). À ce propos, on accorde pas toujours la même valeur à la relation du côté des tenants de la théorie des systèmes. Boutin et Durning soulignent le rétrécissement de l'empire rogerien sur les interventions (1994 : 185) et Belpaire que la relation a surtout un caractère instrumental et diagnostique nécessaire à l'intervention systémique (1994 : 221).

Mis à part ce qui précède, l'intervention apparaît fréquemment comme une *praxis* transformatrice inspirée d'une éthique de la solidarité (Lamoureux, 1991) et du changement (DeRobertis, 1981), ce que traduit le concept d'empowerment, usuel en travail social (Bouchard, 1992 : 115). L'intervention se réfléchit ici à partir des finalités éthiques de l'action et des normes et valeurs qui les sous-tendent. Chez les organisateurs communautaires, pour la plupart formés en travail social, l'intervention est aussi une *praxis*, mais au sens plus collectif de Sartre. Un peu à la façon de Lamoureux, Favreau (1989) décrit les principes éthiques sous-jacents à l'intervention communautaire. La méthode est ici accessoire, instrumentale à la réalisation du projet participationniste. L'intervention communautaire recouvre dans ses principes éthiques une définition et une analytique des problèmes sociaux. Par exemple, la Loi de l'aide sociale se fonde, pour l'auteur, sur l'idée du «pauvre» pauvre, alors que l'intervention communautaire se fonde sur une représentation de la pauvreté comme phénomène social impliquant des personnes ayant un potentiel de changement personnel et sociétal (1989 : 278). L'intervention communautaire est un générique comportant trois modalités de réalisation : l'action sociale, le planning social et le développement local. Sans entrer dans les détails, ces trois modalités comportent chacune un rapport spécifique au changement social. La *praxis* est en général réformiste et participationniste, parfois vaguement révolutionnaire.

Pour Zuniga, l'intervention est signée de la main d'une travailleuse sociale et procède d'une conviction existentielle (1997 : 82). Mais rappelant peut-être l'idée d'*invariant praxéologique* de Soulet, ces caractéristiques apparaissent comme justifications pratiques nécessaires à des actions sur autrui qui ne peuvent «être dérivées logiquement des analyses abstraites» (1997 : 83). Soulet (1997) écrit à ce propos que la relation qui fonde l'intervention est une fausse relation sociale, et Zuniga qu'elle ne se réduit pas à l'unique relation sociale. Elle est pour lui «une attribution de spécificité à des relations humaines» (1997 : 77), ce qui implique de la

considérer comme une relation traversée de rapports sociaux. Elle est une action sociale (Zuniga, 1994 : 26) qui se déroule dans la concrétude d'une relation en grande partie intersubjective. Ici, l'«action sociale, est consciente, réfléchie, organisée et planifiée vers son but» (1994 : 26) dans le cadre d'une interaction entre sujets formellement libres et égaux. Mais elle n'est pas pur colloque singulier, pure abstraction du social. Elle est sociale notamment parce qu'elle s'appuie sur une légitimité sociale, celle du mandat. Zuniga écrit : «quand l'action est définie comme un mandat collectif qui attribue des pouvoirs qui sont des responsabilités, des devoirs, on parle d'intervention sociale» (1994 : 27). Une fois cela affirmé, Zuniga se rapproche du colloque singulier et d'une conception de l'intervention comme relation d'aide entre système client et système intervenant (1994 : 77). Mais cette relation d'aide est plus qu'une simple relation aidante, fondée sur une commune humanité : «le geste de l'intervenant est une appropriation - plus ou moins consciente, plus ou moins acceptée - d'un geste de société.» (Zuniga, 1997 : 90). Cette appropriation est pour nous surtout incorporation, *ethos* professionnel et *habitus* pratique. Le geste de société prend son efficace parce qu'il devient geste professionnel, encore mieux geste personnel, mouvement de l'âme à l'occasion d'une relation interpersonnelle. Mais pour Zuniga, le fait que l'intervention soit autant relation que rapport social est irréductible l'un à l'autre ; l'action professionnelle doit s'appuyer sur l'un et l'autre pour se réaliser.

S'ouvre alors un débat sur la possibilité de réalisation d'une telle action complexe, voire paradoxale. Parazelli est pessimiste, l'intervention étant conçue, dans ce cas-ci, comme altération de l'action sociale de groupes communautaires jadis autonomes (Parazelli, 1997 : 125), gauchissement du travail véritable sous l'effet d'intérêts extérieurs à l'action communautaire. De façons différentes, Redjeb (1997) et Renaud (1997) constatent ce risque de gauchissement au niveau des travailleuses sociales mêmes. Pour ces deux auteurs, la rationalité instrumentale est ici en cause. «Rousseauistes», si l'on peut dire, ils estiment que l'intervention s'impose d'en haut à des intervenantes naturellement bonnes, mais corrompues de la société. Cette rationalité instrumentale est affaire de technique, en pratique «guidé par des impératifs pragmatiques et systémiques d'efficacité» (Renaud, 1997 : 141). Tant Redjeb que Renaud en appellent à l'éthique de la discussion, en contexte postmoderne, pour que l'intervention retrouve son essence, son paradis perdu : la relation. La rationalité instrumentale produit dans l'intervention de l'assujettissement, et ce pour les deux parties de

la relation. Pour Renaud, cette situation est grave, intolérable. Il constate une déchirure entre le système et les acteurs qui ne cesse de s'étendre, véritable crise du *travail sur le social*. La solution est claire : il faut combattre la rationalité instrumentale, toujours froide et totalitaire, pour ainsi « tenter de pousser l'enracinement de l'intervention dans le mouvement de subjectivation » (1997 : 152). Référant à Castel, Renaud pense qu'il faille explorer la voie de « l'imaginaire professionnel clinique » comme possible émancipation de la technocratie. Mais cet imaginaire est-il autre chose que la bonne vieille conception st-simonienne³¹ du professionnalisme, mélange opportun et bien senti de bonne volonté et d'expérience, fondatrice de l'élitisme professionnel ? Et le tableau sombre qu'il brosse l'est-il autant qu'il l'affirme ? Et si les contraintes élucidées étaient aussi habilitations du *faire* actuel dans les métiers relationnels ? Vous aurez compris que nous sommes réticent aux incantations professionnalistes et que nous préférons penser l'objet *intervention* comme condition habilitante et contraignante à la fois d'un travail relationnel. Mais Renaud évite *in extremis* une posture par trop idéaliste en revenant en conclusion à l'objet *travail*, en rappelant que la dimension relationnelle du regard clinique en travail social, comme en d'autres, est précisément condition de ce travail. Il estime cependant que « l'intervention sociale peut se consolider comme pratique professionnelle, i.e. d'abord comme pratique réflexive » (Renaud, 1997 : 160) d'un sujet mieux assumé. Certes, mais cette réflexivité est aussi affaire sociale (Giddens, 1987; Eraly, 1994; Couturier, 2000). Et nous reprenons à notre compte la critique de Bourdieu qui rappelle que la réflexivité est d'abord et avant tout « synonyme de méthode » (1993 : 904). Nous développerons cette importante question théorique au prochain chapitre.

Redjeb (1997) aborde la question de la normativité de l'intervention dans une perspective qui se rapproche de celle de Renaud, mais selon une formulation un peu plus analytique qui nous convient mieux. Redjeb ne pose pas *a priori* la bonne et la mauvaise normativité. S'inspirant d'Habermas, l'auteur entame sa réflexion en posant trois mondes à partir desquels les travailleuses sociales sont appelées à composer : le monde des systèmes, qui implique un agir téléologique et stratégique; le monde du vécu, qui implique un agir régulé par des normes; le monde du subjectif, qui implique un agir dramaturgique. L'intervention, fortement finalisée, se rapporte au monde des systèmes et constitue une pratique médiatisée par l'État,

³¹ St-Simon, intellectuel de la Révolution française et théoricien important du corporatisme et du socialisme français. Collaborateur du jeune Comte, il influença grandement Durkheim, qui lui consacra un cours en 1928.

le droit, les professions et les sciences. Elle se distingue ainsi de l'action sociale, qui s'appuie et cible à la fois les normes et dont la finalité demeure incertaine. Il cite à ce propos Ramognino qui estime que : « l'intervention sociale "se surajoute et redouble l'action sociale, ou la remplace et se substitue à elle de manière spécifique." (1997 : 219).

L'agir téléologique se réfère à une ontologie systémiste, «une ontologie du monde objectif» (Redjeb, 1997 : 220), naturaliste dirions-nous, où la relation s'inscrit dans un rapport utilitaire, stratégique, pour lequel la mobilisation de compétences, dont les compétences relationnelles, s'organise en fonction d'une finalité de système, finalisée hors de la relation et de la *praxis* professionnelle. L'agir régulé par les normes s'appuie sur un monde partagé, une communauté de vie qui permet la relation, et donc l'action. L'intervention se fonde ici sur une «ontologie sociale[...] recourant à un langage socialement normé et potentiellement normant» (1997 : 223).

L'agir dramaturgique s'instaure au moment de l'intervention par la rencontre interactive entre deux personnes aux statuts différents qui, réflexivement, s'adaptent au sens produit dans l'interaction. Ce sens se fonde sur la véracité des propos et leur authenticité intersubjectives. «Problème et solution sont ainsi envisagés sous l'angle de la présentation *ad hoc* de soi à l'interlocuteur» (1997 : 224). Par cet agir, l'existant intervenant se conçoit comme le principal outil de son travail. Il s'agit ici d'une *praxis*, au sens de Ladrière (1990), qui se réalise et s'accomplit dans le cadre d'une relation.

L'intervenante compose avec ces différents *agir* qu'elle ne peut rejeter complètement sans risquer de se couper des légitimités qui les sous-tendent. L'auteur l'invite à réfléchir ces différents registres normatifs et à se mettre dans un rapport réflexif avec les modes d'action qu'ils engagent. Comme chez Habermas, il est ici possible et souhaitable de dépasser ces conditions de l'action humaine en prenant une posture transcendante au monde, soit l'*agir communicationnel* comme éthique de la discussion. L'intervention sera (ou devrait être) alors une pratique réflexive dans le cadre d'une relation intersubjective qui ne vise plus l'*action sur* mais la discussion entre un tiers, l'intervenante, et un client, tous deux engagés dans une démarche de résolution de problèmes de type *éthique appliquée*. L'intervention serait alors une véritable relation d'aide, d'un type nouveau, moins hiérarchisée en terme de savoir et de

statut, moins violente, moins unidirectionnelle, moins instrumentale...moins intervenante, quoi!

Proche de Redjeb, l'éthicien Legault estime que le terme *intervention* réfère à un «noyau sémantique» accordant priorité aux «niveaux de sens de l'interaction dans le processus de la relation intervenant-client» (1997 : 230). L'intervention est sans aucun doute pour lui une «pratique intersubjective» (1997 : 247) impliquant des savoirs, des techniques et une éthique appliquée. Pour St-Arnaud (1997) et Racine (1997), la notion d'intervention comme pratique intersubjective permet de réfléchir l'élaboration en cours d'action de savoirs d'expérience réinvestis par la suite dans l'intervention. Ce faisant, l'intervention devient l'occasion d'un agir communicationnel partagé, à multiples voix, en vue de l'atteinte d'un résultat négocié par les diverses parties impliquées dans la relation clinique.

Mais contrairement aux auteurs en appelant à l'éthique de la discussion, Soulet estime que l'intervention produit une impossibilité de réciprocité. Il écrit à ce propos que «la non-réciprocité est une condition *sine qua non* pour pouvoir effectuer l'intervention» (1997 : 226). Cet état produit l'un des paradoxes structureaux de l'intervention sociale : alors que celle-ci a pour finalité la réinscription de l'usager dans des réseaux de relations sociales (la resocialisation), elle se fonde elle-même sur une relation impossible. Nous partageons le point de vue de Soulet à ce propos. Néanmoins, nous pensons que le point de vue des Redjeb, Legault, Racine ou St-Arnault, entre autres, demeure nécessaire à la réflexion, en autant que nous nous en distinguons sur un point précis : la pratique réflexive n'est pas transcendance de l'action professionnelle mais bien condition de sa réalisation qu'il faut pouvoir analyser comme telle plutôt que de l'inscrire dans un rapport programmatique au monde. En outre, comme nous le verrons plus tard, nous pensons que ces auteurs, par-delà leur contribution importante à notre réflexion, réduisent la notion de réflexivité à sa plus simple expression et, par le fait même, réduisent l'apport de ce concept à l'analyse du travail dans les métiers relationnels.

2.3.7 L'intervention comme catégorie floue

Parmi ce groupe de chercheurs s'intéressant à l'intervention, Nélisse³² est sans doute celui qui aura le plus systématiquement réfléchi la question de l'émergence de la notion en titre. Il retraça patiemment l'évolution des usages et des sens de la catégorie *intervention* dans les écrits professionnels en travail social, en particulier, et dans les métiers relationnels, en général. Il observa, depuis le début des années 1970, un usage de plus en plus extensif de la notion d'*intervention* dans les professions de service aux personnes. *Intervention* se substitue selon lui en partie à *aide* et à *service*, ce qui traduit une transformation du sens et des conditions sociales de l'action professionnelle. Ainsi, la figure de la professionnelle intervenante se substitue peu au peu à la figure de la professionnelle libérale et experte, archétype en partie mal adapté pour des professionnelles oeuvrant au sein de grandes agences étatiques et auprès de clientèles occupant des positions faibles dans l'espace social.

La catégorie *intervention* lui apparaît d'emblée polysémique, sans doute caractère de toute désignation catégorielle, mais surtout *polyphonique* (b), permettant aux unes et aux autres de se comprendre et de se distinguer à la fois. C'est dans ce jeu polyphonique produisant un grand nombre d'effets de sens que se situe probablement une forme d'articulant permettant la composition interprofessionnelle, puis interdisciplinaire.

De l'*intervention* comme une affaire politique et sociale...

Pour Nélisse, est une «profession intervenante» (a : 5) la profession dont l'action est politiquement finalisée en regard de cinq grands types de situation : les urgences sanitaires, l'ordre et la sécurité intérieurs, la sécurité publique, la sécurité nationale et la protection sociale. Ces professions intervenantes croisent, selon des modalités diverses, les catégories classiques du travail professionnalisé, soit l'aide, le soin, la surveillance, la rééducation, etc. «Et c'est justement lorsque les frontières entre "aider" (au service du client) et «contrôler» (au service d'une autorité) se superposent ou se brouillent que le terme «intervenir» s'impose» (e : 10). Si l'intervention est l'affaire d'un tiers, il s'agit moins d'une personne ou d'une instance que d'une *fonction* exercée généralement par des professionnelles extérieures au problème. L'intervention présuppose que la situation fait problème et que ce problème est affaire sociale.

³² Nous sommes grandement redevable aux travaux remarquables de ce sociologue et sémiologue qui fut longtemps professeur dans une école de service social.

Elle implique donc une autorité et une autorisation (le mandat formel) en vue de normaliser la situation problématique. Il faut cependant avoir ici une compréhension extensive des notions de *mandat* et d'*autorité*. Cette dernière n'est pas toujours claire, la professionnelle pouvant produire et imposer une part de sa propre autorité en situation clinique. Mais quoiqu'il en soit, l'intervention ne peut se penser sans l'autorité, car «il en va toujours [...] de la guerre et de la paix dans les relations sociales» (1988, l'auteur souligne). Et derrière ce mandat et cet impératif se profile l'État lui-même (a : 23); l'intervention est donc pour Nélisse une modalité de régulation sociale impliquant toujours une forme ou une autre de légitimité sociale. «Intervenir signifie donc réguler à partir d'une norme»³³ (1996 : 12), et cette norme et les modalités d'action qu'elle implique se transmutent en «impératif moral ascendant qui oriente, mandate, guide nos activités professionnelles et nos conduites publiques afin d'arrimer "naturellement" le service à la personne qui les justifie concrètement à un puissant intérêt d'ordre public qui les légitime politiquement» (1997 : 16).

Le terme intervention exprime donc, la plupart du temps, à la fois une idée de rationalisation du travail, de prescription de l'action et de mouvement de l'agent en vue d'effectuer un changement socialement normé. Cette rationalisation du travail prend la forme notamment de protocoles³⁴ qui deviennent conditions du travail et de toute mobilisation de soi. Nélisse illustre son propos en référant à l'implantation de la trousse médico-légale³⁵:

comme tout autre protocole, [la trousse] permet à chaque acteur de s'impliquer dans une action commune à partir de sa compétence (professionnelle ou autre) et d'y "contraindre" les autres sur la base d'une réciprocité des engagements. Une telle situation peut être dite "de l'intervention" (1996 : 12).

³³ L'une de ces normes décisives est la norme de la prise en charge. Dusssiot écrit, à propos des politiques sociales, que les professionnelles sont nécessaires à cette transmission normative (1992 : 188).

³⁴ Le protocole est pour Nélisse une technologie sociale qui se compose d'équipements, d'une division/coordination sociale du travail, et d'une rationalité scientifico-culturelle.

³⁵ La trousse médico-légale est un kit comprenant divers outils de prélèvement de preuve, du spéculum au formulaire, utilisé suite à une agression sexuelle. Mais au-delà de son aspect instrumental, la trousse médico-légale contient un certain nombre de procédures juridiques engageant divers processus menant, entre autres, au procès. Elle est une réponse relativement concertée aux divers problèmes de travail interprofessionnel constatés dans les affaires d'agression sexuelle : banalisation par les médecins, faible reconnaissance des intervenantes communautaires, médicalisation du problème, traitement policier et médical aléatoire, etc. Cette technologie sociale protocolarise l'intervention et engage les uns et les autres dans un processus qui les contraint et les habilite à la fois. Ainsi, chaque intervenante se voit reconnaître le droit d'intervenir en la matière.

Cet engagement conditionné procède aussi d'une logique «pacificatrice» dans le champ professionnel, objet de luttes et de jeux de distinction incessants entre *ayants droit* de l'intervention. «Ce faire-la-peace particulier transforme les conflits "substantifs" propres à un champ d'intervention donné en transactions procédurales immanentes à et constructives de l'action elle-même» [e : 13]. Néglise écrit en outre que :

L'intervention désigne ce type d'action publique qui socialise et recompose, en quelque sorte, les actions propres à chaque acteur quelque soit son statut particulier. Ainsi **l'intervention en urgence** n'est pas la somme ou la mise côte à côte de l'intervention psychologique d'urgence, de l'intervention policière d'urgence, de l'urgence sociale des travailleurs sociaux...C'est la création d'un impératif configurant ces pratiques particulières [...] producteur de ce qu'on pourrait appeler **des situations d'intervention**. Situation ici au sens de *institutional setting*: cadre de travail construit par lequel l'engagement requis de chacun trouve place et qui est à la fois [...] un ensemble de ressources et de contraintes. (1997 : 31, l'auteur souligne)

Ce travail d'engagement mutuel instille une tendance à l'égalisation formelle des statuts des agents dont on reconnaît le droit d'intervenir. Ainsi l'infirmière, la travailleuse sociale, l'agent de police, le médecin et la militante féministe sont engagés, par la trousse médico-légale, dans un type d'action en partie concertée. Les jeux que permet *intervention* favorisent alors, selon Néglise, des accords pragmatiques faisant l'économie de la recherche du consensus sur les valeurs sous-jacentes à l'action et fondatrices de chaque profession. Cette économie du consensus axiologique est motrice et principe de ce que nous nommons la translation. De glissement de sens en glissement de sens, chacun se tait sur les équivoques au bénéfice de la coordination de l'action sociale à l'égard du problème objet de la mobilisation sociale.

Il ne faut cependant pas confondre protocolarisation du travail avec le vieux taylorisme et les sourdes craintes qu'il soulève, et que représente à elle seule la figure du technocrate, rond-de-cuir forcément vil du point de vue de ses détracteurs puisque impratiquant. Plutôt que de la froide technostructure, il s'agit ici «de dispositifs concrets de travail [...] objet autant de concertation forcée que de volonté de concertation» (d : 12). Cela importe car la contrainte est admise tacitement par toutes comme autant contraignante qu'habilitante de l'action des unes et des autres. La protocolarisation est alors «orientation politique» (a : 2) du travail professionnalisé par sa mise en forme. Il s'agit donc d'une forme de division et d'organisation du travail «où les techniques pour soi deviennent technologies en soi» (1988 : 14, l'auteur souligne).

On outre de la rationalité instrumentale de l'État et de certains courants des sciences appliquées, Nélisse relève que le discours sur l'intervention est souvent empreint de la théorie des systèmes (1992 : 79), théorie selon laquelle l'intervention consiste à introduire un système artificiel dans un système dit naturel. L'intervention est ainsi conçue comme un processus sur des processus, d'où la centration de nombreux discours en la matière sur les méthodes plutôt que sur les contenus.

En plus des transformations de l'État social, deux conditions relatives au champ professionnel expliquent la transformation de la façon de désigner les pratiques : l'impératif de sûreté et d'efficacité de l'action professionnelle et un accroissement des conflits effectifs ou potentiels entre groupes professionnels, notamment suite à l'invitation pressante à *travailler ensemble*. L'auteur considère à ce propos deux logiques : celle *de la puissance* en vue de la pacification, et celle *de la méthode* en vue de la rationalisation. En substituant *intervention* à *aide*, les praticiennes désignent le passage de la loi de la demande à la demande de la loi (Nélisse, b). L'interventionnisme des praticiennes du social exprime alors une condition de leur pratique où leur travail est de plus en plus prédéfini par l'État et par des disciplines plus lourdes comme les sciences médicales et juridiques. L'interdisciplinarité est dans cette perspective à la fois enjeu de distinction, condition de la pratique et engagement dans l'action.

L'auteur a donc une analyse socio-politique de la catégorie *intervention*, posant comme pivot de toute articulation la fonction pacificatrice de l'État. La logique de l'intervention est pour Nélisse une logique d'action publique légitimée avant tout par l'intérêt public, tel que politiquement défini, bien entendu.

...à une condition du travail dans les métiers relationnels

Mais l'objet de recherche spécifique de Nélisse n'est pas spécifiquement la production sociale de l'intervention ni le rôle de l'État dans l'action professionnelle. En fait, l'analyse précédente des déterminants de l'intervention nous conduit tout droit à l'objet *travail*. Nélisse écrit que l'intervention se conçoit «comme un type logique d'action, une mise en forme particulière de l'action politico-professionnelle [qu'il] oppose à l'«aide» comme mise en forme particulière de l'action socioprofessionnelle» (c : 2). Intervenir, c'est alors s'engager d'un point de vue pratique «à solutionner un problème concret posé par autrui» (1993 : 172). Résolument

ournée vers le futur, l'intervention apparaît pour Nélisse, comme pour Soulet (1997) d'ailleurs, comme une science des effets concrets (1993 : 170).

Le discours inflationniste actuel sur l'intervention est en quelque sorte une auto-justification de l'action. Il constitue progressivement un réseau fermé sur lui-même, un système suffisamment autoréférent, comme on dit en théorie des systèmes, pour qu'il puisse s'autolégitimer; qu'il puisse "aller de soi" au point de chasser tout autre possible. (1993 : 178)

En regard de la nécessaire *plasticité* de l'action professionnelle (Soulet, 1997), les jeux de sens de la notion d'*intervention* ont ici une importance fonctionnelle certaine.

Face à cette polysémie, deux attitudes sont possibles. La première [...] interprète cette polysémie comme **ambiguïté** et le travail de définition consiste alors à chercher un noyau de signification minimal, un ensemble fixe de propriétés communes susceptibles de dire l'essence de l'intervention. La seconde attitude entend [...] cette polysémie comme une **polyphonie** et elle cherche donc à comprendre chaque phrase où figure la notion d'intervention à partir de la clef du discours. Elle synthonise ce dernier et vise la reconnaissance de l'effet de sens isotopique qu'introduit la notion d'intervention dans le discours. (Nélisse, 1997 : 18, l'auteur souligne)

In situ, l'intervention participe alors de divers réseaux conceptuels et sémantiques de l'action professionnelle. C'est selon nous à ce niveau que la translation d'un champ à l'autre, d'une grandeur à l'autre, d'une professionnelle à l'autre, devient possible. La polyphonie permet des accords pragmatiques situés tout en faisant l'économie de l'établissement de consensus sur les fondements de l'action professionnelle. Découle de cette perspective que l'interdisciplinarité n'est pas tant la volonté de coopérer que l'engagement exigé, ou plus justement écrit, conditionné *dans* et *par* le travail des professionnelles des métiers relationnels.

Pour Nélisse, *intervention* se substitue en outre au couple conceptuel acte/ agir, classique dans l'analyse des professions. L'acte professionnel fait l'objet d'un consensus large porté par l'ensemble d'une profession et sanctionné juridiquement. Il transcende le travail effectif de la praticienne en se posant comme antérieur à sa mobilisation. L'agir concerne la mobilisation existentielle de la praticienne qui s'approprie les actes reconnus hors d'elle pour les faire siens. En s'y substituant, la catégorie *intervention* institue l'impératif d'action et substitue à l'agir le *faire*, ce qui implique méthode, protocole et maîtrise des outils plutôt que mobilisation existentielle de la praticienne. Le *faire* de l'intervention est alors objectivable, décomposable, mesurable et, partant, contrôlable. En fait, *l'intervention* s'éloigne de la désignation la plus

fondamentale qui soit pour les professions, soit la notion d'art libéral, «dont les productions appartiennent plus à l'esprit qu'à la main» (Dubar, 1995 : 132). En général, cet art se fonde sur la légitimité de la demande, dans un rapport contractuel libéral fondé sur l'autonomie de la professionnelle alors que l'intervention se légitime d'abord par un impératif socio-moral transcendant le rapport contractuel. La demande, dans sa formulation incarnée, devient part diagnostique, notamment chez les systémistes, et condition de l'établissement de la relation, notamment chez les humanistes. Le *faire* en question sera dorénavant scientifique, au sens de rationnel puisque «L'intervention consiste bien à implanter le bon processus rationnel» (1993 : 176) en regard de la bonne catégorisation sociale du problème tel que formulé par un usager.

À partir de ces travaux, Néliste a produit une grammaire³⁶ des niveaux de sens de l'intervention. Celle-ci est plus qu'un répertoire des diverses acceptions ; elle est une forme d'articulation politico-professionnelle de l'action de l'État dans son travail de régulation des problèmes sociaux.

2.3.8 Conclusion

Nous retenons de Redjeb l'analyse de l'intervention comme articulation et composition complexe des différentes dimensions de toute action. Nous ne croyons cependant pas que celles-ci puissent se dissoudre en une quatrième dimension, l'agir communicationnel qui, tel que nous le comprenons, tente de dissoudre pour se réaliser les trois niveaux qu'il élucide. Nous privilégions la position de Soulet, en quelque sorte plus modeste, qui se limite à constater à travers des invariants praxéologiques que le caractère intersubjectif de la relation est inscrit dans les conditions mêmes de l'intervention. De même, si nous acceptons que la réflexivité soit au cœur de la pratique professionnelle dans les métiers relationnels, nous refusons d'en réduire la conceptualisation à l'action en cours et sur l'action d'une praticienne capable ainsi de s'abstraire, par la seule force de sa volonté, du tissu de contingences qui trame toute pratique professionnelle.

Surgit fortement de cette section l'idée que l'intervention est une *praxis* transformatrice posant l'axe *légitimité/projet/changement effectif* comme pivot principal de l'action professionnelle.

³⁶ Selon l'auteur, en un sens wittgensteinien, soit une structure de relations formant des complexes de sens. Vous trouverez une présentation de ladite grammaire au sixième chapitre.

Cette légitimité nous a semblé formulée en valeurs et en impératifs sociaux d'intervention dont les ressorts sont cependant pour nous trop souvent occultés.

Nous retenons de Nélisse que l'émergence de la catégorie intervention procède d'une logique de rationalisation du travail qui suit notamment des impératifs technico-politiques. À partir de maintenant, l'objet *travail* sera au cœur de nos préoccupations. Nous retenons également de Nélisse que le rapport existentiel à la pratique professionnelle est condition du travail dans les métiers relationnels, condition qu'il faudra conceptualiser dans la suite de la thèse pour mieux comprendre les conditions pratiques de l'interdisciplinarité. Nélisse estime également que l'intervention est inscrite dans une logique d'État. En appui sur ce point de vue, il nous semble nécessaire de tenter de comprendre comment l'intervention peut aussi procéder d'une logique civique, en l'occurrence professionnelle. Le double mouvement de construction du social doit être ici appréhendé dans toute sa complexité. Si nous partageons avec Nélisse l'idée que la «notion d'intervention est un opérateur de taille.» (h : 6), nous pensons incontournable d'analyser comment cet opérateur agit en pratique *par les pratiques*. Celles-ci ne nous révéleront pas la «vérité» de l'intervention; nous pensons cependant qu'elles nous permettront, comme synthèses concrètes, de réfléchir notre objet. La logique d'action publique se pose alors pour nous réflexivement en regard de l'action civique, second mouvement que Nélisse négligea, en l'état de ses travaux. En outre, Nélisse porta trop peu d'attention au champ scientifique lui-même, comme au champ de la formation professionnelle, tous deux à la jonction des logiques civique et publique. Ni seul l'État, ni seule la profession, ni seule la science sont au principe de l'inflation de la catégorie *intervention* ; il faut chercher davantage en amont.

La théorie de la structuration du social de Giddens est utile à cette réflexion. Dans cette perspective, à propos de la production des savoirs d'expérience, Mesny constate «un processus de démonopolisation de l'autorité épistémique» (1998 : 151) où chacun met de l'avant «un projet réflexif de soi» (1998 : 156). Pour nous, cette condition du social réflexif est indice de l'*épistémè* et, partant, condition inscrite dans le travail même des agents. L'intervention, comme pratique sociale, s'inscrit dans ce mouvement complexe de production du social.

Au plan conceptuel, la catégorie intervention, catégorie floue pour Nélisse (1997), se conçoit comme un opérateur ou, dans nos mots, un articulante. Mais il nous semble qu'il n'est pas de la fonction de l'articulante d'être floue. Pour nous, la capacité articulatoire de la notion est moins floue qu'adaptative, et son caractère polyphonique plutôt indice de sa fonction sémantique de traducteur que d'imprécision. Vicariance, adaptativité et caractère translatif sont pour nous au principe de la catégorie articulatoire *intervention*. Plutôt que floue, nous préférons considérer l'intervention comme une catégorie émergente, en voie de réalisation, dont on ne connaît pas totalement la force référentielle. Le concept de *catégorie en voie de réalisation* est entendu comme une réalité symbolique transcendante aux agents qui agit comme une norme naturalisée, allant-de-soit car immédiate à l'expérience. Pour reprendre Bourdieu, il s'agit d'un principe de vision et de division du monde dont l'efficacité pratique, matérielle et phénoménologique est à la source de représentations et de pratiques. Bourdieu considère la Famille comme une catégorie réalisée, comme une fiction si bien fondée qu'elle apparaît naturelle, immédiate à l'expérience. À propos de cette construction sociale, Bourdieu écrit:

[...] s'il est vrai que la famille n'est qu'un mot, il est vrai aussi qu'il s'agit d'un mot d'ordre ou, mieux, d'une catégorie, principe collectif de construction de la réalité collective.[...] Dans tout usage de concepts classificatoires, comme celui de famille, nous engageons à la fois une description et une prescription qui ne s'apparaît pas comme telle parce qu'elle est (à peu près) universellement acceptée, et admise comme allant de soit [...] (1994 : 33).

Cette fiction bien fondée, principe opératoire de la construction sociale, s'inscrit alors jusque dans l'*habitus* professionnel des agents comme catégorie s'instituant en :

une loi tacite (nomos) de la perception et de la pratique qui est au fondement du consensus sur le sens du monde social [...] au fondement du sens commun. Quand il s'agit du monde social, les mots font les choses, parce qu'ils font le consensus sur l'existence et le sens des choses, le sens commun, la doxa, acceptée par tous comme allant de soi. (Bourdieu, 1994 : 33)

Si l'intervention n'a pas la puissance référentielle de la catégorie réalisée *Famille*, elle semble néanmoins sur la voie de se constituer en catégorie des plus efficaces. Zuniga constate que «l'activité d'intervention sociale est devenue une catégorie sociale reconnaissable, protégée, contrôlée et privilégiée» (Zuniga, 1994 : 52). Elle exprime la diffusion de la professionnalité comme référence de l'action sociale valide. Pour illustrer ce propos, on peut relever l'usage très extensif du terme *intervenante* par des groupes professionnels (travailleurs du

communautaire, techniciens en loisir, travailleurs de rue, aidants naturels, auxiliaires familiaux, etc.) dont le statut professionnel est contesté par les professions incorporées. Se posant comme intervenantes, elles se posent *ipso facto* comme *ayant droit à la parole autorisée* dans le champ psychosocial. Ce droit de parole, ce droit d'intervenir, cette capacité de participer à la production des consensus, se légitiment par l'expérience, par l'expertise, et de plus en plus par des formations professionnelles socialement sanctionnées comme l'indique, par exemple, la professionnalisation de l'intervention féministe et des pratiques alternatives en santé mentale.

Comme on l'a vu, la notion d'*intervention* articule quantité de dimensions composant et conditionnant l'action professionnelle. Les usages d'*intervention* révèlent, si ce n'est un véritable *translateur*, au moins une translation pratique, autant opérateur de translations que traducteur sémantique. La fonction translative, en linguistique, est cette fonction d'un mot en soi vide qui élucide et permet le passage d'une «unité d'une catégorie à une autre» (Dubois, et al., 1973 : 497). La translation est pour nous le passage d'un univers de sens à l'autre, sans qu'il y ait forcément ou complètement acculturation des univers respectifs.

L'esquisse de cadre théorique tracée ici offre un éclairage particulier à l'hypothèse formulée par Crapuchet dès 1974 prédisant l'élaboration d'une langue commune à celles qui interviennent. Cette auteure estimait en outre que l'*intervention* est indice de la rationalisation des métiers relationnels. Dans le même ouvrage, Weil considère qu'il s'agit également d'un indice de l'unification des savoirs (1974 : 27) nécessaire au développement de l'interdisciplinarité. Et au terme d'une analyse des enjeux relatifs à l'intervention psychosociologique, Dubost affirme que l'intervention devra «progresser dans sa capacité à dire ce qu'elle fait [...] et à faire ce qu'elle dit» (1987: 334); là, souhaitons-nous, se situera une part de notre contribution.

Du côté des sciences infirmières, nous retenons ce champ de débats quant à l'élaboration d'une langue commune aux infirmières. À ce propos, Benner (1995 : 162), McCloskey et Bulechek (1993) et Acker (1991) estiment que le développement de l'expertise infirmière passe par une langue commune aux praticiennes, communauté linguistique qui concerne pour nous l'ensemble des métiers relationnels. Et Adam évoque «les avantages et les inconvénients du

bilinguisme» lors de la coopération interprofessionnelle entre infirmières et médecins (1979 : 44). Une telle communauté sémantique est revendiquée, espérée, voire construite de toute pièce par ces diverses auteures. Cet appel procède parfois d'une rationalisation, parfois du constat des limites des approches monodisciplinaires, souvent d'une volonté de faire reconnaître la pleine ampleur des pratiques infirmières.

Enfin, nous retenons l'idée que l'intervention est volonté d'agir. Chauvière (1997) estime qu'on peut rapporter cette volonté à diverses formes de l'humanisme, sécularisé dans l'État social. Pour cet auteur, le «fait interventionniste»³⁷ est fait social total, d'abord action sociale, au sens de l'activité de la société sur elle-même, plutôt que simple action professionnelle, fruit de la bonne volonté d'acteurs éclairés. Il nous semble que ce point de vue est juste, sans pour autant négliger que cette action sociale, qui s'incarne dans l'intervention, est aussi effectuation pratique dans des situations relationnelles complexes, et que la volonté d'agir n'a de sens que dans la mesure où elle participe au fait interventionniste.

2.4 Conclusion : les axes autour desquels s'articulent les acceptions livresques d'intervention

Par-delà l'abondance d'informations recueillies et l'extraordinaire richesse des hypothèses que soulève la juxtaposition des diverses formulations de la notion d'*intervention*, peut-on conceptualiser l'espace des usages d'*intervention* en présence dans cette recension des écrits sur l'intervention ? À la lecture des pages précédentes, on se rend vite compte que les différentes et nombreuses conceptions de l'intervention ne se distribuent pas en regard d'un principe disciplinaire. Nous avons ainsi identifié trois groupes d'acceptions, formant autant de thèses de l'intervention transversales aux diverses disciplines sollicitées par l'exercice. *A priori*, notre intention n'était pas de les articuler entre elles. Mais ces trois thèses nous ont semblé avoir un air de famille avec la théorie de l'action habermassienne présentée par Redjeb (1997), théorie qui articule trois dimensions de l'action humaine. Nous empruntons donc à Redjeb l'idée de les articuler entre elles de façon à construire une théorie provisoire de l'intervention, comme cas d'espèce de l'action humaine. Elle s'en distingue cependant à plusieurs égards, notamment par le statut accordé à ces axes ainsi que par notre refus de

³⁷ Concept qu'il emprunte à Soulet (1996).

chercher une voie de leur dépassement dans un projet programmatique.

Nous avons donc élucidé et reconstruit tout au long de l'analyse de ces textes trois thèses fortes, déployées autour de trois axes se croisant dans les écrits sur l'intervention, et ce tant chez les infirmières que chez les travailleuses sociales. Nous les présentons d'abord, pour ensuite spécifier le statut que nous leur accordons pour la thèse que nous exposons et soutenons en ces pages.

1. La thèse de **l'intervention comme système déterminant** se déploie autour de **l'axe des systèmes d'intervention** (Barel, 1973) : la notion d'intervention se réfère et mobilise donc le monde des systèmes hors et antérieur à la *praxis* des professionnelles. Elle traduit un effort incessant de rationalisation du travail et d'assujettissement de la *praxis* à des impératifs scientifiques, politiques et technocratiques. L'intervention se distingue alors de l'aide ou du caring par son rattachement à des méthodes et à une spécification de l'impératif d'action pouvant prendre la forme, entre autres, de protocoles d'actions. Intervenir, c'est alors répondre à la question suivante : quelle est la façon la plus efficace et rationnelle d'agir en regard de la demande sociale? La pratique professionnelle apparaît alors comme le bras opératoire de l'État, de la science et de la technique.

2. La thèse de **l'intervention comme vécu de la pratique** se déploie autour de **l'axe des invariants praxéologiques** : l'intervention se réfère aussi au monde vécu tel qu'il s'impose à la praticienne par quantité de règles et de raisons pratiques inhérentes au travail (la relation avec les usagers, la division du travail, etc.). Les invariants praxéologiques (Soulet, 1997) sont les conditions pratiques de l'action pour tout travail interactif. Par exemple, l'établissement de la relation, du climat de confiance, entre autres, sont des conditions incontournables de toute action dans les métiers relationnels et sont en grande partie indépendantes de l'intention des sujets impliqués. On parle ici de savoir-faire, de coups de main, d'*habitus*, et de l'ensemble des exigences pratiques de l'efficacité du travail dans les métiers relationnels. Intervenir, c'est alors répondre à la question suivante : comment rencontrer ces exigences pratiques à l'occasion d'une demande spécifique? La pratique professionnelle apparaît alors comme un *habitus* et un *ethos* professionnels, au sens de Bourdieu (1980).

3. Nous avons enfin reconstruit la thèse de **l'intervention comme mobilisation du soi professionnel**, comme engagement du sujet professionnel, thèse se déployant autour de **l'axe**

praxique : l'intervention seréfère alors au monde subjectif, à la *praxis* comme mobilisation de soi dans des activités complexes et finalisées (Ladrière, 1990), parfois comme projet transformationnel. Il s'agit donc du monde des intentions et des projets et, surtout, du sens que prend toute action professionnelle dans le cadre d'une relation entre un usager et une professionnelle. Intervenir, c'est alors répondre à cette question : quel sens à pour la professionnelle sa propre action en regard de la demande existentielle d'un client ? La pratique professionnelle apparaît alors comme une *praxis*, entendue comme une action éthique et réflexive³⁸, véritable engagement existentiel en vue du *mieux vivre ensemble*.

Ces trois thèses, toutes présentes dans les écrits professionnels recensés, sont-elles en compétition ou procèdent-elles d'une seule et même *épistémè* ? Et la diffusion même de la notion d'intervention révèle-t-elle une commune professionnalité de métiers relationnels *a priori* fort distincts ou l'articulation de différences professionnelles ? Pour l'instant, nous pensons que les trois thèses procèdent d'une même *épistémè*, que nous nommons *performative libérale*, et que cette *épistémè* s'appuie à la fois sur l'articulation de différences et sur une commune professionnalité.

Bien que présentes à des degrés divers en chacune des recensions des écrits, ces trois thèses traduisent des rapports au monde composés différemment selon les courants théoriques, les origines disciplinaires, etc. Pour la suite de la thèse, nous avons cherché à identifier les compositions présentes dans les discours des praticiennes de façon à mieux comprendre ce qui est partagé, au plan des conceptions pratiques de l'intervention, et ce qui distingue les groupes professionnels. Mais par-delà la diversité des compositions, la coprésence de conceptualisations différentes exprime-t-elle des contradictions interprofessionnelles qu'il faut résoudre ou des paradoxes inhérents à la complexité du travail ? Ce qui semble paradoxal *a priori* peut prendre un sens tout à fait cohérent lorsque les paradoxes sont articulés entre eux. Pour nous, la coprésence des trois thèses, à des degrés certes divers selon le groupe professionnel, les situations de pratique, ou la position occupée au sein de l'organisation permet de réfléchir la coopération entre infirmières et travailleuses sociales dans la complexité du travail dans les métiers relationnels. En fait, nous pensons que la langue en partie partagée

³⁸ Ici employé au sens restreint de regard du sujet tourné en lui-même.

qui émerge de l'articulation des trois thèses permet le passage d'un monde à l'autre, d'un système de sens à l'autre, dessinant ainsi les contours des possibles interdisciplinaires.

Nous avons relaté *supra* que la recomposition des axes de l'intervention a révélé, *a posteriori*, un air de famille avec la thèse habermassienne présentée par Redjeb (1997), où l'action se réalise en regard de trois mondes qui la fondent. Cette théorie articule le monde objectif, le monde social et le monde subjectif, avec les agirs et rationalités qui leur sont associés. En effet, nous concevons ces trois axes comme trois dimensions de toute pratique dont l'articulation située est toujours affaire singulière et sociale à la fois. En d'autres termes, penser l'intervention, penser les possibles interdisciplinaires, c'est penser le travail par ces trois axes pris dans la globalité et la complexité des rapports qu'ils impliquent. Cependant, à l'encontre de Redjeb, et donc d'Habermas, nous ne prenons le risque de proposer, de façon programmatique, la conceptualisation d'un dépassement éventuel (par l'agir communicationnel) de ces conditions formelles de l'action. Un tel dépassement, paradoxalement, vient dénier au plan programmatique ce qui le fonde au plan théorique. Il nous semble plus prudent et plus opportun de considérer ces axes comme trois dimensions formelles des pratiques, sans chercher à les faire parler outre mesure.

Chaque professionnelle, dans le cas qui nous occupe, compose avec ces trois dimensions en regard de l'aire des possibles que son action lui ouvre. Par exemple, le rapport au monde des systèmes n'est pas le même selon que l'on provienne des sciences exactes, où le vrai demeure une quête légitime, ou des sciences sociales, où la relativité et la saisie de la complexité semblent de plus en plus constituer le fondement du projet scientifique.

Donc, l'élaboration inductive de ces trois axes nous permet de nous doter d'un point de vue particulier sur les données recueillies. Il s'agissait d'abord de voir si cette élaboration théorique, signifiante au plan des écrits professionnels, trouverait une signifiante dans les discours. Elle nous permet plus spécifiquement d'aborder l'objet complexe qu'est le travail d'intervention par la *composition de l'action* que mettent en lumière les trois axes que nous avons élaborés. Enfin, elle nous permet de construire un premier cadre théorique, avec un outillage conceptuel utile et nécessaire pour reconstruire les possibles de l'interdisciplinarité pratique à travers la composition, la translation et les jeux de sens de l'intervention. En fait, ce

travail préthéorique traduit l'idée que le travail de théorisation ancrée ne se déploie pas qu'à partir du moment où le chercheur pose les pieds sur le terrain, mais dès que la problématique de recherche commence à prendre forme. Ce faisant, l'épreuve du terrain n'est pas que la mise à l'épreuve des préconcepts ; elle en est l'expérimentation, au sens de la mise à l'expérience, à partir de laquelle s'élabore en continue la réflexion théorique, de l'intérêt de recherche initial aux propositions théoriques de plus vaste portée au terme de l'exercice.

SECONDE PARTIE

L'EXPLICITATION ÉPISTÉMOLOGIQUE

CHAPITRE 3. UNE THÉORIE DU SOCIAL ET DU LANGAGE

La présente thèse s'appuie sur une théorie du social d'inspiration interactionniste symbolique, mais d'un interactionniste qui ne se dissout pas dans «cet affinement obsessionnel des nosographies [...] sans fin» (Nicolas-Le Strat, 1996 : 91), soit l'envers symétrique de la réification structuraliste. Nous partageons à cet égard le point de vue de Bourdieu :

Je pourrais donner en une phrase un résumé de toute l'analyse que je propose : d'un côté, les structures objectives que construit le sociologue dans le moment objectiviste, en écartant les représentations subjectives des agents, sont le fondement des représentations subjectives et elles constituent les contraintes structurales qui pèsent sur les interactions; mais, d'un autre côté, ces représentations doivent aussi être retenues si l'on veut rendre compte notamment des luttes quotidiennes, individuelles ou collectives, qui visent à transformer ou conserver ces structures. Cela signifie que les deux moments, objectiviste et subjectiviste, sont dans une relation dialectique et que, même si, par exemple, le moment subjectiviste semble très proche, lorsqu'on le prend séparément, des analyses interactionnistes ou ethnométhodologiques, il en est séparé par une différence radicale : les points de vue sont appréhendés en tant que tels et rapportés aux positions dans la structure des agents correspondant. (1987 : 149-150)

Le social se pense alors dans ce mouvement d'intériorisation/extériorisation, vaste dialectique de la production/reproduction du social. Bref, nous inscrivons au plan théorique cette thèse dans la vaste famille tumultueuse, mais famille néanmoins, qu'est le constructivisme social (Corcuff, 1995) qui se caractérise par la volonté de ne céder ni au pôle subjectivant, ni au pôle objectivant du débat épistémologique en tentant de comprendre dans son mouvement la dialectique sociale.

Pour l'objet *pratiques professionnelles* dans les métiers relationnels comme le nursing ou le travail social, deux principaux courants d'analyse ont longtemps marqué les recherches en la matière. D'une part, les pratiques professionnelles dans les métiers relationnels sont encore considérées comme pratiques d'agents constituant de vastes groupes professionnels, au même titre que les ouvriers spécialisés ou les employés de bureau. Cette macrosociologie des

professions, d'inspiration principalement fonctionnaliste ou marxiste, focalise son regard sur des déterminations éloignées des pratiques concrètes des professionnelles. D'autre part, les pratiques professionnelles sont considérées comme *praxis*, entendue comme mobilisation de l'acteur professionnel en vue d'une action éthique, efficace, nécessaire (Ladrière, 1990). Cette sociologie de proximité, plus actuelle et d'inspiration phénoménologique, focalise quant à elle son regard sur l'interaction professionnelle en se préoccupant peu ou prou des conditions déterminantes de la réalisation desdites interactions. Alors que la vision fonctionnaliste fondait l'idéologie professionnaliste d'antan, cette seconde perspective d'analyse permet de repenser l'idéologie professionnaliste en de nouveaux termes pour ainsi lui donner un second souffle (Couturier, 2000). Demailly estime à ce propos que les travaux de Goffman auront permis d'effectuer une rupture avec cette vision qui refusait (et refuse encore) de poser comme objet de science le « jeu des relations sacrées » (1998 : 18) qui serait au cœur de la pratique des professionnelles.

La perspective théorique que nous suivons se distingue à la fois de ces deux grands courants d'analyse. En effet, la thèse que nous soutenons se fonde sur une sociologie du travail d'inspiration critique analysant le travail dans les métiers relationnels à la fois comme une production sociale repérable notamment par la position qu'occupent les unes et les autres dans la division du *travail sur le social* et comme le lieu pratique d'un engagement des agents dans une action de proximité mettant en relation des sujets ayant chacun leur propre histoire. Nous rejetons donc à la fois l'approche macrosociologique, où les métiers relationnels constituent de vastes groupes professionnels observables et analysables en tant que tels, mais au prix de l'abandon de l'analyse des spécificités des conditions réelles de réalisation de leur travail, de même que nous délaissions le courant d'analyse strictement phénoménologique tendant à se désintéresser des conditions sociales de production de tels groupes professionnels et, partant, de certaines conditions de l'effectuation même du travail, aussi complexe et relationnel soit-il.

En termes ontologiques, cette perspective théorique postule un sujet, certes ni sujet « libre » ou rationnel, ni sujet théologiquement producteur de réel, mais sujet néanmoins, fondamentalement acteur dans un réseau de contraintes et de déterminations lui imposant les règles et l'aire de jeu sur et par laquelle il réalise son action. Qu'il suffise ici d'affirmer le projet

de rejeter les positions polarisées que sont le structuralisme objectivant et la phénoménologie subjectivante au profit d'une nouvelle remise sur le métier d'un projet dialectique de saisie de l'acteur comme sujet social complexe.

Tout naturellement, le regard se tourne du côté de la sociologie comme corpus théorique posant la question du rapport de l'individuel au social comme objet disciplinaire. Au sein de ce corpus, les sociologies de Pierre Bourdieu et d'Anthony Giddens nous semblent porter, certes de façon différentes, mais néanmoins toutes deux de façon fondamentale, ce questionnement en posant le projet théorique et épistémologique de l'élucidation de la production/reproduction sociale fondée sur le rapport entre le général et le particulier.

Plus particulièrement, les concepts fédérateurs de la sociologie bourdieusienne - *habitus* et *pratique*, avec la polysémie inhérente à l'usage de ce dernier terme, posent de par leur rapprochement la question du rapport entre sujet et objet au cœur de notre recherche. Ce type de rapprochement chez Bourdieu, *a priori* paradoxal, tout comme le rapport qu'il entretient avec les interactionnistes et autres phénoménologues, ne constitue nullement un simple paradoxe révélateur des limites de la sociologie de l'auteur mais bien, comme c'est souvent le cas dans les contributions théoriques importantes, un noeud de sens brut.

La sociologie de Bourdieu s'inscrit dans la dialectique centrale à la présente thèse:

La sociologie d'aujourd'hui est pleine de fausses oppositions, que mon travail m'amène à dépasser -sans que je me donne ce dépassement pour projet. Ces oppositions sont des divisions réelles du champ sociologique; elles ont un fondement social, mais elles n'ont aucun fondement scientifique. Prenons les plus évidentes, comme l'opposition entre théoriciens et empiristes, ou bien entre le structuralisme et certaines formes de phénoménologie. Toutes ces oppositions (et il y en a beaucoup d'autres) me paraissent tout à fait fictives et en même temps dangereuses. (1987 : 47)

Cet appui sur la sociologie de Bourdieu permet, à l'instar du sociologue, d'affirmer l'importance des mécanismes de production/reproduction sociale en même temps que la nécessité de leur analyse fine par une sociologie de proximité, qui conserve cependant une

posture externaliste, par modestie épistémologique³⁹. Elle permet en outre d'élucider les conditions épistémologiques d'analyse du rapport entre l'individuel et le social pour le cas de figure qu'est l'intervention.

Notre théorie du social puise également dans la sociologie de Giddens, plus précisément dans la partie la plus ancienne de son œuvre, soit sa théorie de la structuration. Celle-ci pose également la question du rapport entre le social, le structurel, et le particulier, les agents. Cette théorie estime, entre autres, que les règles et normes sont comme des «techniques ou des procédures généralisables employées dans l'actualisation et la reproduction des pratiques sociales» (Giddens, 1987 : 70). La sociologie de Giddens telle que formulée dans l'ouvrage cité permet de s'émanciper de l'aporie de structures sans acteurs et d'acteurs hors structures en proposant une théorie du *processus de structuration* posant le rapport dynamique entre acteurs et structures au principe de la reproduction sociale. Elle permet alors de réfléchir ensemble actualisation et reproduction des pratiques sociales.

Une des intuitions centrales à notre recherche réside précisément dans cette posture analytique externaliste et de proximité ciblant des lieux dans l'espace social où le rapport individuel/social se joue dans un contexte observable, conceptuellement objectivable, bref, dans ce qu'il est possible de nommer une situation sociale. D'ailleurs, les pratiques professionnelles dans les métiers relationnels sont notamment expérimentées dans le cadre d'une relation sociale *in situ* porteuse et marquée de rapports sociaux. Ces rapports sociaux sont inscrits dans un rapport certes éminemment subjectif, si l'on s'en tient au sens commun et à l'idéologie professionnaliste de référence. Mais la question ici n'est pas d'évacuer l'intersubjectivité mais bien de saisir cette situation sociale intersubjective comme lieu et moment privilégiés d'observation de l'objet de recherche de cette thèse et, plus fondamentalement, de réalisation de l'intervention sociale.

³⁹ Cette épistémologie est pour nous modeste dans la mesure où elle ne revendique pas l'expression de l'indicible, l'explicitation de l'implicite, etc. Elle est externaliste car il nous semble présomptueux, voire aporétique, de proposer une analyse internaliste, alors que le chercheur ne peut se poser que dans un rapport externe à son objet. Il nous semble alors plus opportun d'explicitier cette posture que de jouer sur l'équivoque du participationnisme.

3.1 Le statut du singulier

Les énoncés précédents exigent que soit explicité le statut du singulier, comme l'un des pôles de la dialectique de la production/reproduction sociale que nous formalisons par le rapport singulier/général. Fondamentalement, les débats concernant le statut du singulier structurent la division entre disciplines scientifiques, et donc la division des savoirs scientifiques. Miguelez (1984) a identifié trois grandes divisions exprimant l'aire des débats sur le statut du singulier :

1. Une partition intradisciplinaire : l'auteur donne l'exemple du débat ayant cours en ethnographie entre les tenants de l'approche monographique et les tenants de l'approche anthropologique visant une «connaissance globale de l'homme»⁴⁰.
2. Une partition interdisciplinaire : il donne l'exemple de la séparation entre sciences historiques et «sciences morales systématiques»⁴¹.
3. Une partition paradigmatique : entre tenants d'une visée nomothétique et ceux d'une visée idiographique.

Dans une perspective plus formelle, Miguelez considère pour sa réflexion quatre types d'articulations général/particulier. Premièrement, le particulier peut être considéré comme un cas spécifique du général. Il a alors le statut positif de point de rencontre d'une infinité de lois formant un système déterminant. Deuxièmement, il est possible de considérer ce système de points de rencontre comme un modèle relativement autonome dans lequel sont considérées des stratégies pratiques individuelles. Les facteurs stratégiques sont à la limite de la science et expliquent, selon Granger auquel se réfère Miguelez, la place du clinique dans les sciences sociales. Troisièmement, se référant à Weber, l'auteur considère le concept de *type idéal* comme une façon d'articuler général et particulier. Mais dans ce cas, la relation est strictement idéale, sans plus, et constitue davantage un élément de méthode qu'un véritable projet d'articulation du général au particulier. Enfin, l'auteur se réfère à Althusser qui tente de dépasser cette perspective en considérant le type idéal non plus comme le résultat d'une abstraction empirique comme chez Weber mais comme «synthèse d'une multiplicité de déterminations»⁴² concrètes et incorporées en pratique.

⁴⁰ Citation par Miguelez de Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*, Paris, Plon : 387-388.

⁴¹ Citation par Miguelez de Dilthey, W. (1942). *Introduction à l'étude des sciences humaines*, Paris, PUF : 146.

⁴² Citation par Miguelez de Althusser, L. (1969). *Lire le capital*, Paris, Maspero : 179.

Hamel (1997) estime quant à lui, dans son *Précis d'épistémologie*, que le singulier ne s'oppose pas au général ; il constitue plutôt le lieu où l'on peut le rencontrer. Le singulier se conçoit alors comme une synthèse réelle qui n'exprime pas tant l'exception que l'expression particulière du général, que le chercheur actualisera en la reconstruisant. Hamel cite Canguilhem à ce propos : «Le singulier joue son rôle épistémologique non pas en se proposant lui-même pour être généralisé, mais en obligeant à la critique de la généralité antérieure par rapport à quoi il se singularise»⁴³. Hamel poursuit en affirmant que cette conception du rapport entre le particulier et le général rend invalide la canonique opposition entre décrire/comprendre/expliquer, structurante des sciences sociales. Il écrit :

Expliquer, dans pareil perspective, c'est donc en somme : a) repérer un phénomène comme totalité et dissocier ses parties, c'est à dire décrire; b) établir le jeu des relations et des contraintes qui associent celles-ci, c'est à dire comprendre; c) insérer ce jeu dans un système plus vaste dont dépendent sa genèse, sa stabilité, son déclin.

Nous retenons cette idée de synthèse concrète qui permet au chercheur de formuler des énoncés théoriques non pas en généralisant le cas d'espèce mais en donnant sens à ce qui le distingue ou l'unit à la généralité antérieure. Et c'est en ce sens précis que notre recherche se veut compréhensive. Mais comment étudier une telle synthèse? Sartre (1985) propose pour ce faire la méthode régressive/progressive où le cas singulier est étudié de façon régressive, d'une part, soit à travers l'étude historique des conditions de sa genèse. Mais si cette genèse a des vertus prototypiques donnant beaucoup de profondeur à l'analyse, elle demeure insuffisante. S'en suffire contraindrait les sciences sociales à une sorte d'analytique historique délaissant les êtres humains en action. De manière dialectique, il faut donc lui associer, d'autre part, une démarche progressive, partant de la genèse vers le présent en retraçant non plus les conditions d'émergence de la forme singulière mais bien les moments charnières, à la recherche des exceptions locales, des tentatives avortées, des points de rupture, des cas d'espèce. Ces exceptions et tentatives donnent accès en quelque sorte au champ des possibles, structuré socialement, tout en introduisant l'action des acteurs concrets et leur capacité de dépassement des thèses en présence dans une nouvelle synthèse.

À travers la médiation de la pratique, structures et actions sont reliées ensemble et incarnent

⁴³ Citation par Hamel de Canguilhem, G. (1968). *Du singulier à la singularité en épistémologie biologique*, Paris. Vrin : 263.

la dialectique historique. Selon la *Méthode* de Sartre, il est incontournable de «passer par la médiation des hommes concrets» (Sartre, 1985 : 60) pour accéder à la totalisation concrète que constitue l'existence d'un acteur en particulier. Le trait caractérisant l'individu n'a de sens que dans la mesure où il exprime la totalité de cette synthèse concrète. Sartre écrit à ce propos :

L'existentialisme, comme le marxisme, aborde l'expérience pour y découvrir des synthèses concrètes; il ne peut concevoir ces synthèses qu'à l'intérieur d'une totalisation mouvante et dialectique qui n'est autre que l'histoire [...] les faits particuliers ne signifient rien, ne sont ni vrais ni faux tant qu'ils ne sont pas rapportés par la médiation des différentes totalités partielles à la totalisation en cours. (1960 : 44-45)

Une telle méthode permet de rejeter (ou de suspendre) la vieille opposition entre objectivisme et subjectivisme en les mettant dos à dos.

Il y a deux façons de tomber dans l'idéalisme : l'une consiste à dissoudre le réel dans la subjectivité, l'autre à nier toute subjectivité réelle au profit de l'objectivité. La vérité, c'est que la subjectivité n'est ni tout ni rien; elle représente le processus objectif (celui de l'intériorisation de l'extériorité). (Sartre, 1960: 49-50)

Principe épistémologique auquel il faut ajouter son envers : la matérialité n'est ni tout, ni rien, en tant que telle ; elle nécessite le processus de subjectivitation pour se *réaliser*, celui de l'extériorisation de l'intériorité.

[...] c'est en même temps un va-et-vient enrichissant entre l'objet (qui contient toute l'époque comme significations hiérarchisées) et l'époque (qui contient l'objet dans sa totalisation); en effet, lorsque l'objet est retrouvé dans sa profondeur et dans sa singularité, au lieu de rester extérieur à la totalisation [...] il entre immédiatement en contradiction avec elle [...] l'objet fait place brusquement à un conflit vivant. (Sartre, 1960 : 206-207)

3.2 Les dynamiques de réflexivité complexe en modernité avancée

Ce mouvement complexe d'intériorisation/extériorisation se réalise tant synchroniquement que diachroniquement. Au plan de la synchronie, l'acteur participe de processus réflexifs complexes que nous voulons conceptualiser ici. Les actions objets de notre étude participent-elles de la postmodernité ou de la modernité avancée? Il semble en tous les cas convenu qu'il y ait transformation de la modernité⁴⁴, repérable notamment par l'épuisement des métarécits, par la modification du rapport au temps et par le long processus de subjectivitation (Audet, Bouchikhi, 1993). Ce dernier repère se caractériserait notamment par la réflexivité d'acteurs capables de lire les futurs pour anticiper et produire leur présent. Pour certains, la capacité

réflexive serait d'ailleurs une caractéristique déterminante des pratiques professionnelles éclairées. C'est précisément cette notion de réflexivité qui sera explorée ici à travers l'objet *pratiques professionnelles* à l'aide d'une relecture de l'œuvre de Bourdieu et d'une partie de celle de Giddens. Au terme de cette section, la réflexivité sera construite en cinq plans, dont l'articulation permet selon nous de mieux réfléchir la complexité des processus de réflexivité.

3.2.1 Réfléchir les processus de réflexivité complexe à partir des pratiques professionnelles

D'abord, précisons que la notion de pratiques professionnelles est, dans le cadre de cette thèse, une variante contextualisée de toute pratique, à ceci près qu'elle se fonde notamment sur une idéologie - le professionnalisme - refusant de penser la pratique comme production sociale : la professionnelle est responsable, maîtresse et productrice de sa pratique. Sans doute indice d'une transformation de la modernité, le discours de légitimation du professionnalisme reprend dans le contexte actuel de la vigueur malgré les critiques dont il fut l'objet par le passé. Plusieurs accordent aux professionnelles le statut de «"solution culturelle moderne" à la question du délitement du lien social et de la déréliction qui l'accompagne» (Ramognino, 1996), alors que d'autres les considèrent comme un corps social à l'avant-garde des transformations de la modernité, notamment par une capacité réflexive qui leur serait particulière (Schön, 1996). Il est possible ici de formuler l'hypothèse d'une «postmodernisation» du discours professionnaliste fondant sa légitimité non plus sur une expertise positive mais bien sur la capacité en situation de produire du sens, au-delà de son efficacité réelle. Dans les écrits professionnels, le courant dit praxéologique pose explicitement la réflexivité comme caractéristique de l'agir professionnel (Schön, 1996), comme l'écrit d'ailleurs Patenaude pour qui l'une «[...] des principales caractéristiques des modèles professionnels contemporains se dégage facilement : la réflexivité» (1998 : 99). Ce courant de pensée se situe à la croisée d'une production scientifique et d'une production professionnelle et constitue en partie une translation du champ de la gestion vers le champ professionnel (Couturier, 2000), champs se jouxtant notamment par la médiation de certains théoriciens du courant schönien, pensons à Argyris (1995).

⁴⁴ Si nous ne tranchons pas cette question, c'est qu'au fond nous doutons de sa véritable utilité. Ce faisant, nous voulons simplement attirer l'attention du lecteur ou de la lectrice sur le fait qu'il y a, de toute évidence pour nous, transformation de l'*épistémè*.

Tout comme Eraly (1994), nous considérons qu'il y a dans nombre d'écrits destinés aux professionnelles une injonction sociale à l'autoproduction du sujet professionnel et colonisation du tacite de sa pratique par un appel incessant à la découverte et à la production du soi professionnel (Couturier, 2000). Avec Foucault (1994), nous affirmons ici que découverte et production de soi forment un processus unique auquel participent les activités d'auto-attribution de sens par les acteurs. La réflexivité apparaît alors comme une activité du sujet produisant discours et représentations de soi en regard d'un contexte (interlocutoire, relationnel, matériel ou historique) donné. Ces représentations construisent la découverte de soi, la transparence à soi, en vue de l'amélioration de son action professionnelle. Ce rapport réflexif au monde est clairement celui que nous avons trouvé (Couturier, 2000) dans les écrits du courant schönnien où la praxéologie, d'inspiration libérale, devient une perspective visant le mieux, l'efficace, l'efficient, l'explicite dans l'action des professionnelles.

Certes, le sens commun de *réflexivité* se conçoit à partir d'un rapport à soi fondé sur l'introspection, sur l'explicitation existentielle de l'implicite dans l'action de l'agent. C'est ce que Schön (1996) nomme la *réflexion-en-cours-et-sur-l'action* ; la professionnelle efficace explicitera cette réflexion, la modélisera pour en faire émerger positivement le savoir pratique inscrit dans son action. Pour Lhotellier et Saint-Arnaud (1994), la capacité réflexive est non seulement le moteur d'une révolution praxéologique⁴⁵, mais constitue en outre l'avant-garde de la professionnalité portée par une frange éclairée de professionnelles capables de rendre explicite et modélisable leur action. Cette frange contribue ainsi à l'efficace de la professionnalité, voire à son émancipation de l'emprise technocratique comme condition de la pratique (Laforest, Redjeb, 1991). La technocratisation sera dans cette perspective forcément négative puisque limitée au libéralisme professionnel. La réflexivité est alors considérée comme l'expérience discursive d'explicitation de l'implicite, d'expression du tacite, caractéristique de ce qui est souhaité et revendiqué comme éthique professionnelle.

Cependant, à l'encontre de ce sens commun, Eraly (1994) rappelle avec raison que l'action humaine s'articule en trois plans irréductibles les uns aux autres : le *plan irréfléchi*, le tacite, l'incorporé, le rapport pratique et immédiat au monde ; le *plan réfléchi*, le discursif, la

⁴⁵ Précisément, Schön (1996) constate un « tournant réflexif » et une « révolution réflexive » permettant aux praticiennes de combattre la technocratisation assassine du professionnalisme.

mobilisation de la pensée sur un objet ; et le *plan réflexif* où l'objet de la réflexion est soi. Cette distinction permet d'élucider les différents lieux où se loge l'objet focal du regard dit réflexif. La centration de l'agir professionnel sur le seul plan réflexif, tel que le conçoit le courant schönien, constitue alors une réduction majeure de l'action professionnelle à la dimension de production discursive du rapport de la professionnelle au monde tel qu'elle le vit subjectivement. S'il n'est pas question ici de nier la pertinence de cette focalisation réflexive sur son action, il semble essentiel de souligner la réduction opérée par les tenants de ce courant de pensées, délaissant notamment le plan «irréfléchi», que nous préférons nommer *plan pratique*.

Or, même cette dimension réduite de la réflexivité ne se limite pas à la saisie existentielle de sa propre action. Sartre (1960) rappelle qu'il n'est nullement besoin d'être conscient de soi pour agir. Les actions humaines sont pour une bonne part tacites, et ce même dans ce qui peut sembler le plus éminemment subjectif, aimer ou détester, par exemple. Si cette dimension du tacite pose une subjectivité, elle n'exige pas pour autant un *Je* essentiel, abstrait, si cela était possible, du social.

Pour Maheu et Bien-Aimé (1996), les groupes professionnels en question font certes partie de ces champs disciplinaires où la complexité est inhérente au fait que l'objet et la finalité du travail implique des êtres humains capables de réflexivité. Les auteurs qualifient ce travail de *réflexif* «parce qu'il implique des boucles de récursivité de connaissances, d'émotions, de jugements de valeurs susceptibles d'être réinvestis dans le rapport entre le producteur et l'usager» (1996 : 190). Ce faisant, Maheu et Bien-Aimé repensent l'opposition structurant le champ de la recherche pour le travail professionnalisé, soit l'opposition entre une vision strictement pratique et une perspective macrosociologique :

D'un côté, résolution des tensions inhérentes à la pratique en se remettant aux déterminations structurelles de cette dernière, éventuellement au prix d'une liquidation des aspirations professionnelles du praticien. De l'autre, un anti-structuralisme déterminé conduisant souvent à la paralysie d'un acteur qui refuse toute compromission avec l'instrumentalité. [...] Mais une typologie qui ne comporterait que ces deux identités extrêmes admettrait tacitement l'impossibilité pour tous les intervenants sociaux de construire une pratique autonome prenant appui sur les médiations institutionnelles. (1996 : 197).

En fait, nous suivons la recommandation de Maheu et Bien-Aimé qui invitent les chercheurs dans le champ des pratiques professionnelles à étudier le travail professionnalisé dans sa complexité pratique, sans sacrifier à l'analyse des conditions d'effectuation du travail ni à sa spécificité relationnelle. Au total, l'invocation inflationniste (Couturier, 2000) d'une réflexivité réduite à sa dimension existentielle permet au discours professionnaliste de se renouveler⁴⁶.

3.2.2. La réflexivité chez Bourdieu

Depuis le début des années 1990, certains constatent un changement radical dans l'épistémologie boudieusienne. Pour une part d'entre eux, il y aurait reniement d'une sociologie jugée déterministe, pour d'autres quintessence du «bourdivinisme», notamment par l'usage de termes *a priori* psychanalytiques (ex. : *Méditations pascaliennes*, 1997). Il est à noter, d'ailleurs, que l'auteur lui-même ne semble pas toujours au clair pour trancher entre révolution ou continuité de sa pensée⁴⁷. Ce débat peut s'illustrer par la place que prend la notion de réflexivité dans l'œuvre de Bourdieu (notamment depuis *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, 1992) alors que sa sociologie semblait fondée sur des concepts *a priori* plus déterministes, comme le concept d'*habitus*. Nous tenterons de démontrer le lien qui unit *habitus* et réflexivité dans l'œuvre de Bourdieu.

Comme en toute chose, il est parfois utile de retracer l'histoire des mots. Ainsi, la langue française donne une origine commune à «costume» et «coutume», comme à «habit», «habitat» et «habitude». À partir de cette curiosité linguistique, nous explorerons brièvement le concept d'*habitus* qui, tout au long du développement des sciences sociales, a marqué le débat fondamental du rôle de l'agent dans la reproduction de sociétés stables quoique en constant

⁴⁶ Si cette hypothèse est juste, nous devrions voir apparaître dans les prochaines années la désignation suivante : la professionnelle experte de la réflexivité, éventuellement thérapeute *ès* pannes de réflexivité.

⁴⁷ «La sociologie était un refuge contre le vécu... Il m'a fallu beaucoup de temps pour comprendre que le refus de l'existential était un piège... Que la sociologie s'est constituée contre le singulier, le personnel, l'existential... » Entendu puis cité par DeGaulejac (1992) lors d'une communication de Bourdieu en 1991.

changement⁴⁸.

Le terme *habitus* provient donc du verbe *habere*, soit l'une des formes anciennes du verbe avoir. Les dérivés de *habere* sont aujourd'hui nombreux dans la langue française, pensons à habit, habitude, habitat, habileté, habiliter, habiller, etc. Cette filiation nombreuse, cependant, ne permet de saisir qu'une seule dimension à la fois du concept d'*habitus*, concept qui se veut intégrateur de ces diverses filiations linguistiques du verbe *habere*. Pour en saisir l'ampleur, le terme aujourd'hui désuet de «ayance» traduit le mieux le terme latin, cet avoir qui se transforme en être (Accardo, 1979 : 142).

L'*habitus* conceptualisé par Bourdieu permet de concevoir la production sociale de l'individualité en regard de structures sociales. Il constitue le mode opératoire de la production/reproduction sociale à travers les pratiques de ses constituantes singulières. Les agents occupent une position sociale située topologiquement et historiquement dans un contexte social, politique, culturel et économique déterminant des lignes de forces quant aux trajectoires et stratégies possibles pour eux. Cet espace social est dynamique, sous tension, et le fruit des différents rapports de forces auxquels les agents sont associés. L'*habitus* explique et assure à la fois la position objective de l'agent dans l'espace social. Les champs spécifiques dans lesquels il s'inscrit sont ainsi à la fois tendanciellement déterminés par le social et dynamiquement produits par les relations qu'établissent les agents, mais toujours en fonction des possibilités que leur offre leur position sociale. Les différents capitaux que possède l'agent, qu'ils soient économiques, symboliques ou culturels, lui permettront de naviguer à vue dans l'aire des possibles délimitée par les structures des champs en présence. Le concept de champ développé par Bourdieu permet ainsi de saisir le rôle de l'*habitus* sous diverses

⁴⁸ Le terme *habitus* a une longue carrière. Saint-Thomas d'Aquin, puisant dans la tradition aristotélicienne, décrit l'*habitus* comme une inclination de la personne à se comporter, à se représenter et à penser d'une façon plutôt que d'une autre. Le dictionnaire latin-anglais de De Ferreri (1960) relève un nombre important d'associations conceptuelles visant à démontrer une tendance prédominante dans une sphère d'activité humaine (ex. : *habitus intellectus*). L'*habitus* tend ici à différencier l'activité humaine du déterminisme de l'ordre naturel. Boudon et Bourricaud (1982) présentent également le concept d'*habitus* à travers la tradition aristotélicienne. Pour ceux-ci, l'*habitus* consiste en l'intériorisation de dispositions psychiques non déterministes des comportements, attitudes et représentations. Il ne forme pas comme chez Bourdieu une sorte d'inconscient sociologique déterminant des positions et trajectoires sociales. Contrairement à ce point de vue, Jacob (1990) se rapproche de la perspective bourdieusienne en référant le lecteur ou la lectrice à l'article portant sur la conscience de classe. Si d'autres auteurs ont employé différents concepts d'*habitus*, Bourdieu est celui qui l'aura le plus systématisé.

dimensions spécifiques, dont la dimension professionnelle. On peut en effet considérer un *habitus* professionnel (Altet⁴⁹, 1991), lentement acquis par la formation scolaire, par la socialisation professionnelle et par l'internalisation des rôles sociaux traduisant un ensemble de capitaux symboliques pour un groupe professionnel. L'histoire de la profession, sa position dans les rapports de production, ou sa capacité de production symbolique sont autant de facteurs, parmi d'autres, permettant d'élucider un système de positionnements. L'*habitus* est donc à la fois individuel, comme incarnation particulière d'une histoire unique à l'agent, et collectif, puisque cette même histoire se constitue en fonction de champs sociaux partagés et préexistants à l'agent.

L'*habitus* ne répond donc pas mécaniquement à des stimuli quelconques, reproduisant *ipso facto* des pratiques et des représentations conformes aux conditions d'origine de son intériorisation. L'*habitus* offre plutôt des dispositions tendancielles induisant un type de réponses, à la manière d'un répertoire de réponses faciles d'accès dont on ne peut sortir sans la modification des conditions structurant le champ⁵⁰. En fait, plus l'homologie est directe entre conditions de production et conditions de fonctionnement de l'*habitus*, plus l'aire des possibles est restreinte (Dubar, 1995). À l'inverse, l'absence d'homologie procure un espace de possibles moins contraint, quoique traversé de tendances. Pour reprendre les mots de Pinto, il s'agit d'un «effet de renforcement produit en valorisant ce destin et en transmuant l'être en devoir-être» (1974 : 58). Ainsi, l'*habitus* n'est pas au sens strict un déterminisme de type comportementaliste, mais bien le processus «réflexif» par lequel trajectoires et contre-trajectoires sociales des agents deviennent possibles. L'agent n'est pas ici quantité négligeable, épiphénomène du social, mais bien au centre d'une oscillation constante, pour reprendre un terme désuet, entre structures et actions.

Alors que l'*habitus* met en œuvre l'expérience native, celle de l'incorporation lente et située du social s'exprimant par des pratiques régulières et stabilisées, Bourdieu considère aussi un

⁴⁹ Celle-ci évoque même un *habitus* réflexif. Ces dénominations ne devraient cependant pas inviter à une parcellisation de l'*habitus*, mais se limiter à une fonction de nomination d'une dimension en regard d'un champ spécifique d'un *habitus* complexe et évolutif, mais néanmoins indivis.

⁵⁰ La modification du rapport que l'agent entretient aux structures peut se réaliser, dans une certaine mesure, par le développement d'un savoir analyser ses pratiques, notamment par l'acquisition d'une méthode de la réflexivité.

sens pratique comme sens commun traduisant, à travers des actions socialement et situationnellement sensées, une forme d'inconscient pratique opérateur de rapports d'ajustement à l'incertitude. Ce concept de sens pratique permet d'analyser les pratiques tant à travers leur socialité (production de l'*habitus*) qu'à travers leurs raisons pratiques en situation, comme pôles d'une dialectique entre moments subjectivistes et moments objectivistes de la recherche sociale. Le sociologue écrit dans son *Esquisse d'une théorie de la pratique* à propos des trois modes de connaissance (phénoménologique, objectiviste et praxéologique) qu'ils partagent cette incapacité à saisir la pratique. La praxéologie que cherche alors à développer Bourdieu a précisément pour objet le rapport dialectique entre les structures objectives et les dispositions par lesquelles ces structures s'actualisent «réflexivement».

Si le mode de connaissance praxéologique peut apparaître comme un retour pur et simple au mode de connaissance phénoménologique et si la critique de l'objectivisme qu'il implique s'expose à être confondue avec la critique que l'humanisme naïf adresse à l'objectivation scientifique au nom de l'expérience vécue et des droits de la subjectivité, c'est qu'il est le produit d'une *double translation théorique*; il opère en effet un nouveau renversement de la problématique que la science objective du monde social comme système de relations objectives et indépendantes des consciences et des volontés individuelles a constituée en posant elle-même les questions que l'expérience première et l'analyse phénoménologique de cette expérience tendait à exclure. De même que la connaissance objectiviste pose la question des conditions de possibilité de l'expérience première, dévoilant par-là que cette expérience se définit, fondamentalement, comme ne posant pas cette question, de même, la connaissance praxéologique remet sur ses pieds la connaissance objectiviste en posant la question des conditions de possibilité de cette question (conditions théoriques et aussi sociales) et fait apparaître du même coup que la connaissance objectiviste se définit, fondamentalement, comme excluant cette question : dans la mesure où elle se constitue contre l'expérience première, appréhension pratique du monde social, la connaissance objectiviste se trouve détournée de la construction de la théorie de la connaissance pratique du monde social dont elle produit, au moins négativement, le manque, en produisant la connaissance théorique du monde social contre les présupposés implicites de la connaissance pratique du monde social; la connaissance praxéologique n'annule pas les acquis de la connaissance objectiviste mais les conserve et les dépasse en intégrant ce que cette connaissance avait dû exclure pour les obtenir. (1972 : 163-164)

Il écrira en outre dans le même ouvrage que toute sa sociologie constitue une tentative praxéologique qui n'aura pu pleinement se développer dans son projet transformationnel et programmatique.

Bourdieu utilisait donc le concept de réflexivité bien avant qu'il soit remis à la mode par Giddens, entre autres. On observe tout de même un certain retour en force du concept de réflexivité dans l'œuvre de Bourdieu, notamment à partir de 1992 dans *Réponses*. Wacquant, coauteur de ce livre, désigne l'œuvre de Bourdieu comme une praxéologie sociale liant *pratique* et *social*. L'intentionnalité y est d'abord pratique, préreflexive en grande partie. Wacquant écrit à ce propos que Bourdieu :

[...] s'appuie en particulier sur l'idée, chère à Merleau-Ponty, [de] la corporéité intrinsèque du contact préobjectif entre sujet et objet de façon à restituer le corps comme source d'une intentionnalité pratique, comme principe d'une signification intersubjective enracinée au niveau préobjectif de l'expérience. (1992 : 27)

En son sens premier, l'*habitus* combiné au *sens pratique* forme cette capacité intériorisée de lire, d'anticiper et de reproduire les possibles d'une pratique. En outre de ce premier plan de la réflexivité, l'agent peut, selon certaines conditions, objectiver le social (éventuellement son propre rapport au social) pour ainsi agir sur les rapports de forces le structurant⁵¹.

Mais c'est aussi aux sciences sociales que Bourdieu s'adresse en rappelant que la réflexivité est d'abord et avant tout «synonyme de méthode» (1993 : 904), ce que Pinto nomme le «réalisme réflexif» (1998 : 138) et Corcuff la «sociologie réflexive» (1995 : 40). Wacquant écrit à ce propos que :

[...] la réflexivité requiert moins une introspection intellectuelle qu'une analyse et un contrôle sociologique permanent de la pratique. [...Elle] ne présuppose pas une réflexion du sujet sur le sujet, [...] Elle requiert plutôt une exploration systématique des "catégories de pensées impensées qui délimitent le pensable et prédéterminent le pensé" (Bourdieu, 1982, p. 10) [...] Le retour qu'elle exige va bien au-delà de l'expérience vécue du sujet pour englober la structure organisationnelle et cognitive de la discipline. [...] Il s'ensuit que le sujet de la réflexivité doit, en dernière analyse, être le champ des sciences sociales lui-même. (1992 : 35)

Pour Bourdieu, la réflexivité n'est donc pas le privilège d'un sujet seul en son esprit, son regard tourné en lui-même. Elle consiste d'abord à ce rapport entre pratiques et structures, puis éventuellement dans l'effort méthodologique d'objectivation et d'émancipation de ce rapport immédiat au social, condition d'humanité.

⁵¹ Bourdieu va plus loin : «la réflexivité critique peut, ici encore, apporter non seulement un surcroît de connaissance, mais aussi quelque chose comme un commencement de sagesse. » (1997 : 80)

3.2.3. La réflexivité chez Giddens

Giddens⁵² pose radicalement la question de la réflexivité en en faisant l'une des bases de sa théorie dite de la modernité réflexive. La pensée du sociologue s'inscrit dans ce qu'il est convenu d'appeler le retour du sujet en sciences sociales. Ce retour postule des acteurs compétents qui, dans certains courants extrêmes, sont considérés producteurs de réel, entendu comme simple agrégation des sens attribués aux actions. Giddens prend cependant une posture critique à l'intérieur même de ce courant en proposant une théorisation pour le moins ambitieuse de la production/reproduction sociale. Pour ce faire, il doit rompre avec la dichotomie objectivisme/subjectivisme et avec le nihilisme sous-tendant certaines tendances du postmodernisme en proposant une théorie critique de la modernité avancée.

Le sociologue identifie trois facteurs de la transformation de la modernité : le nouveau rapport des agents avec la dimension spatio-temporelle, la réflexivité institutionnelle, et le désenchantement des relations sociales. Il développe une construction théorique dite *Théorie de la structuration* dans laquelle les structures se produisent et se reproduisent dans un va-et-vient entre l'action des agents et le structurel. Par structurel, Giddens entend les principes mêmes de la transformation du social.

Ainsi, en analyse sociale, le «structurel» fait référence aux propriétés structurantes qui favorisent la «liaison» (binding) de l'espace-temps dans les systèmes sociaux, à ces propriétés qui permettent que des pratiques sociales similaires persistent dans les étendues variables de temps et d'espace, et qui donnent à ces pratiques un caractère «systémique». (1987 : 66)

En fait, le projet théorique de Giddens est de relier actions et structures en une dualité où le structurel est «à la fois le médium et le résultat non intentionnel des pratiques sociales». Citons encore Giddens à ce propos : les pratiques et le structurel «se constituent mutuellement et toutes deux entrent dans la constitution du soi agissant» (1987 : 85). Le concept de réflexivité prend ici toute son importance puisqu'il joue un rôle intégrateur au plan conceptuel entre le structurel et les agents.

Cette réflexivité est cependant multiple et s'éloigne donc du sens commun évoqué *supra*. Entre autres, l'agent agit par une *praxis* réflexive discursive. Certes s'observe-t-il agir et se

⁵² Notre réflexion se limite au Giddens des ouvrages cités et, par conséquent, n'a pas pour objet la pensée complexe et surtout évolutive d'un penseur important.

prolonge-t-il dans un projet de soi posant le futur comme trait d'union entre son passé et son présent. Son action tient compte des possibles et s'inscrit dans une trajectoire dont il aura été somme toute le pilote. Cette réflexivité produit cependant autant d'effets voulus que non voulus. Par exemple, l'acte intersubjectif du dialogue permet volontairement la communication tout en reproduisant involontairement la langue. Cette réflexivité de l'action passe évidemment par diverses médiations, notamment celles des médias et des diverses sources de diffusion des savoirs, permettant à l'agent d'agir en fonction de ce qu'il croit pertinent et possible de faire en situation. Mesny (1998) démontre à ce propos l'impact de cette réflexivité sur le rapport entre agents impliqués dans le colloque singulier au coeur de l'action professionnelle. Nous avons tous et toutes dans le cabinet du médecin une opinion sur la maladie qui nous afflige, *doxa* fondée sur nos lectures, que ce soit la fiche «Haute tension» d'une revue populaire ou le dossier «Hypertension artérielle» d'une revue de vulgarisation scientifique. Le médecin doit alors tenir compte de ce savoir commun dans sa prestation de services. Le colloque singulier est devenu ce lieu de la double lecture, de la professionnelle et du bénéficiaire, où la fonction unidirectionnelle de l'expertise s'estompé quelque peu au bénéfice d'une relation intersubjective, et donc réflexive.

Cependant, il va sans dire que le désir de contrôle des conditions de la relation, des capitaux symboliques, et des habilités communicationnelles donnent sens au travail de maîtrise réflexive, et de promotion de la réflexivité dans les pratiques et les écrits professionnels. Car ce faisant, les professionnelles acquièrent un capital ayant grande valeur en relation clinique, soit le capital réflexif comme tel, forme distinguée du capital communicationnel.

La réflexivité a chez Giddens au moins trois dimensions distinctes. Elle est en effet discursive et donc inscrite dans le récit des acteurs; elle est pratique, et inscrite dans leur conscience pratique; et institutionnelle, et donc participante du monde des systèmes. C'est la conjonction complexe de ces trois niveaux de réflexivité qui forme finalement ce que Giddens nomme la modernité avancée, caractérisée par ces processus de réflexivité complexe.

Cet état de la modernité se caractérise en outre par le risque; rien n'est certain, comme en témoigne l'affaiblissement de la légitimité des métarécits que sont la Raison, la Révolution et la Religion (Lyotard, 1979). La «démonopolisation de l'autorité épistémique» de la rationalité

scientifique (Mesny 1998 : 151) provoque ainsi une incertitude dans les métiers relationnels où la réflexivité du sujet apparaît, dans cette perspective, comme une façon de gérer le risque, ou l'incertitude, dans un rapport à la temporalité exigeant une lecture des possibles dans la production du présent. Par exemple, les savoirs experts sont sollicités, puis rapatriés vers la quotidienneté à la faveur des divers processus réflexifs. Savoirs communs et savoirs experts se rencontrent au moment de cette incorporation puis s'y naturalisent. Cette tendance à s'invisibiliser des savoirs experts produits par les sciences humaines traduit leur efficacité même. Ainsi, la notion d'*inconscient* développée par la psychanalyse a une redoutable efficacité pratique dans les savoirs communs, et ce à un point tel que le concept semble aujourd'hui d'abord de sens commun plutôt qu'un concept spécialisé propre à la psychanalyse. Enfin, Mesny (1998) estime que ces savoirs incorporés constituent la base (historique, psychanalytique ou socioanalytique) des savoirs experts; il y a donc circularité, coprésence, et coconstruction des savoirs experts, notamment par des effets de réflexivité.

Dans la perspective de Giddens, les savoirs ainsi produits ne constituent pas le vecteur du pouvoir comme pour Foucault (1969), mais bien l'une des conditions de la réflexivité à la source d'une démocratisation potentielle et attendue annonçant l'état de la modernité avancée. Cette démocratisation s'inscrit dans son projet pragmatique et communautarien d'une société «utopique réaliste». Il est possible cependant de rétorquer, en appui sur la perspective foucauldienne, qu'il s'agirait au contraire d'une transformation du rapport des individus aux savoirs comme indicateur des transformations mêmes du pouvoir dans la modernité avancée.

3.2.4 La réflexivité: un concept plus complexe qu'il n'y paraît à première vue

Au terme de l'exercice, nous pouvons avancer ce qui suit. Bien que chacun ressente la notion de retour sur soi que suggère le terme réflexivité, des connotations diverses y sont associées. Dans réflexivité, il y a reflet, réflexion, réflexe, réfraction, rétroaction, récursivité chez les systémistes, entre autres. Bourdieu utilise au moins depuis 1972 le terme réflexivité, puis en fait un usage multiple vingt ans plus tard. Par exemple, dans *La misère du monde* (1993), il fait usage de réfraction, de réflexivité, et de réflexivité réflexe, laissant entrevoir ainsi des qualités de réflexivité.

Par ailleurs, la réflexivité de Giddens exige la discursivité, sans pour autant se réduire à une vision essentialiste d'une *praxis* strictement éthique ou purement rationnelle. L'auteur insiste sur une séparation analytique entre la conscience pratique et la conscience discursive, rappelant peut-être celle qu'opère Sartre (1985) entre pratico-inerte et *praxis*. Pour Giddens, le fait que les gens puissent discourir sur leur pratique et que ce discours se réalise dans une conscience discursive qui donne sens aux pratiques a une grande importance. Dans cette perspective, la réflexivité reléguée au sens pratique, comme le laisse entendre le concept d'*habitus*, ne permet pas de s'approcher du double mouvement de structuration du social en modernité avancée, où le discours, médié ou non, acquiert une importance inégalée dans l'histoire. Toutefois, Maheu s'interroge sur la conscience discursive telle que conceptualisée par Giddens : «Le caractère «conversationnel» de l'interaction sociale est-il seul apte à permettre l'appropriation de la réflexivité et son inscription dans une boucle de pénétration discursive de la reproduction et de l'interaction sociale?» (1993 : 102)

Reformulons en d'autres mots cet important débat : quel statut épistémologique accorder au discours? En fait, la genèse sociale du discours, au-delà de la linguistique, ne peut se réduire à la libre expression d'un acteur essentiel. Il semble donc qu'il faille remonter en amont et ne pas buter sur l'illusion naturaliste que procure la parole. La réflexivité est pour nous antérieure ou en deçà du discours. Nous nous référons ici aux discussions soutenues par certains ethnométhodologues qui affirment un point de vue pratique - et non praxique - en considérant la réflexivité comme antédiscursive (Coulon, 1987).

La réflexion est également une fonction du miroir, éventuellement du miroir idéologique d'Althusser (1970). À ce propos, Giddens délaisse la question de l'*idéologique* (Nélisse, 1974), pourtant l'une des voies possibles de problématisation de la notion de réflexivité. Il serait possible d'envisager une réflexivité circulaire entre l'agent et l'idéologique exigeant l'engagement de l'acteur dans le cycle de production/reproduction sociale. Si nous acceptons que l'agent compétent reçoit des informations qu'il utilise réflexivement dans son action, nous rappelons que ces mêmes informations sont socialement produites dans des systèmes à portée idéologique. De même, si nous convenons que le fait que l'agent croit à ses représentations doit être empiriquement appréhendé comme tel, il n'en demeure pas moins

que le fondement idéologique de ces représentations demeure objet d'étude des sciences sociales.

L'exploration des différents usages de la notion de réflexivité soulève le débat de la subjectivité de l'agent et de son rapport au social. La réflexivité de Schön (1996), ici considérée comme l'un des pôles du débat dans le champ des sciences sociales, se constitue comme *praxis* d'un sujet réfléchi, si ce n'est rationnel au moins raisonnable, et comme essence d'un sujet en gros capable de s'abstraire du social par son acte réflexif. Il ne réfléchit pas comme le miroir réfléchissant la lumière, mais produit seul sa propre lumière, véritable sociodicée incarnée. Les conditions de cette réflexion seront ramenées à de simples contingences, périphérie d'un sujet essentiel. D'autre part, Bourdieu, ici encore comme pôle, se joue de ce jeu sur les mots en utilisant tantôt réflexivité, tantôt réfraction, puis à l'occasion réflexivité réflexe (1993), comme pour souligner dans ce dernier cas qu'il y a une réflexivité moins réfléchie, plus réflexivité que retour du sujet sur ses pratiques. Le sociologue tente de saisir le rapport entre l'agent au centre de la reproduction sociale et l'acteur agissant dans la construction sociale. Cet acteur agit en fonction d'un social complexe, mouvant, incertain, ce qui exige une capacité d'adaptation à la structure des champs dans lesquels il œuvre. De même, Giddens souligne le fait que la structuration du social habilite et contraint à la fois l'agent, «autant agi qu'agissant» pour reprendre les mots de Mafessoli (1993 : 217).

Nous ne voulons cependant pas laisser entendre que nous concevons les pratiques réflexives comme universaux anthropologiques indiscutables. Outre le fait qu'il y a composition de la réflexivité par des agents socialement situés, nous convenons avec Eraly (1994) qu'il y a inflation réflexive dans certaines sphères de la société, notamment chez les professions d'inspiration libérale, prototypes de toutes professions ou métiers relationnels. Se pose alors la question de la fonction d'une telle inflation. Le rapport mis en lumière par Eraly entre savoir (découverte de soi, mais aussi colonisation du tacite, et *logos* performatifs sur l'agir professionnel) et pouvoir indique une transformation du rapport des individus aux savoirs comme traces des transformations mêmes du pouvoir dans la modernité avancée. Avec Eraly, il est possible d'avancer que la réflexivité en modernité avancée est *technologie de soi* et traduit une injonction épistémique à s'autoproduire. Citons Foucault à ce propos :

Celui qui est soumis à un champ de visibilité. Et qui sait, reprend à son compte les contraintes du pouvoir; il les fait jouer spontanément sur lui-même ; il inscrit en soi le rapport de pouvoir dans lequel il joue simultanément les deux rôles : il devient le principe de son propre assujettissement. (1975 : 204)

Habermas appuie d'une certaine façon cette proposition en indiquant que ces technologies se constituent en :

vérité - qui, au lieu de révéler l'intimité des individus, produisent de l'intériorité, la psychanalyse leur donnant, en fin de compte, la forme d'une thérapie scientifiquement fondée - à travers un réseau de plus en plus serré d'autoréférences. (1988 : 324-325)

Une telle production discursive s'objective peu à peu en produisant l'objet même qu'elle désigne. Les professionnelles, «spécialistes du savoir pratique [...] qui, comme le suggère Sartre dans son Plaidoyer pour les intellectuels, seraient prédisposés, par une mystérieuse correspondance expressive à jouer le rôle "d'intellectuels organiques de la bourgeoisie"» (Bourdieu, 1997 : 31), en sont alors les proclamateurs et les bénéficiaires.

Dans ce contexte, la réflexivité réduite au sens des praxéologues schönniens constitue une forme d'abstraction du réel dont l'efficacité symbolique et référentielle permet de renouveler le discours de légitimation du professionnalisme. Son inflation dans le champ professionnel traduit pour nous l'émergence des technologies de soi éclipsant les technologies de la domination, jusqu'à tout récemment fort présentes dans nombre de pratiques professionnelles.

3.2.5 Les plans de la réflexivité

Dans l'ensemble des écrits professionnels, il y a un certain consensus pour définir la réflexivité comme retour du sujet sur soi, sur son action. Mais ce retour est-il pure abstraction du réel par un sujet essentiel? Cela se réalise-t-il dans l'unique conscience discursive? Nous pensons que non. Il nous semble alors opportun et fécond d'élargir l'usage de la notion de réflexivité pour l'aborder dans toute son ampleur et toute sa complexité. Pour ce faire, nous concevons, au terme de cet exercice, la réflexivité à travers cinq plans :

1. Le *plan irréfléchi* qui implique le tacite, l'incorporé, le rapport pratique et immédiat au monde. Il s'agit de la méthode des ethnométhodologues, de l'interactionnisme symbolique «matérialiste» de Goffman, du *sens pratique* de Bourdieu. Sur ce plan se situent à la fois l'*habitus* et l'*ethos* professionnels.

2. Le *plan réfléchi subjectivant* qui engage la parole et la mobilisation de la pensée sur un objet dans une relation affective, dans leur nécessité interactive de produire du sens. Il s'agit de la réflexion au sens commun du terme. Elle ne dissocie pas l'objet de la réflexion de l'expérience de la réflexion.
3. Le *plan réfléchi objectivant* qui procède d'un travail d'objectivation, éventuellement d'une activité de production d'un *logos* scientifique. Il s'agit de l'objectivation de Bourdieu et ses propositions méthodologiques pour une sociologie réflexive, la méthode régressive/progressive de Sartre, etc. Il est question ici d'une méthode d'objectivation inspirée d'un rationalisme historiciste.
4. Le *plan réflexif* où l'objet de la réflexion est soi, son action, son expérience. Il s'agit du principal sens trouvé dans les écrits professionnels et celui qui fait le plus immédiatement sens pour les praticiennes. Ce plan réfère à la conceptualisation praxique de la réflexivité.
5. Le *plan médié* qui se caractérise par le fait que, du point de vue des agents, il n'y a pas de regard focal. Le social produit et se reproduit dans l'interaction des institutions et des agents qui y oeuvrent. Il s'agit de la partie institutionnelle de la réflexivité développée par Giddens. Le rapport du sujet à son expérience est alors médié par le mouvement de structuration du social.

Il faut noter que le libellé de cette division en plans ne doit pas laisser entendre qu'il y a une séparation fondamentale entre eux. Nous avons procédé à une séparation analytique par simple souci d'intelligibilité. Il faut considérer ces plans dans leur dynamisme commun, de façon réflexive, si l'on veut.

Notre critique d'une vision trop strictement praxique de la réflexivité accrédite-t-elle une conception objectivante des pratiques d'un sujet évanescent? Non, et loin s'en faut. Plus spécifiquement pour l'objet *pratiques professionnelles*, il est en effet possible de considérer la réflexivité comme caractéristique de la professionnalité en autant qu'elle ne constitue pas une distinction intrinsèque à certains groupes professionnels en regard d'autres groupes. Elle est à la fois indice d'humanité⁵³ et caractéristique du travail réflexif d'agents dont la production est

⁵³ Ici la prudence s'impose : « Accorder à tous, mais de manière purement formelle, l' " humanité ", c'est en exclure, sous des dehors de l'humanisme, tous ceux qui sont dépossédés des moyens de la réaliser. » (Bourdieu, 1997 : 80).

des plus particulières : en grande partie langagière, certes relationnelle, et se réalisant dans le cadre d'une activité de services aux personnes. Ce sont ces particularités qui font que le recours à la réflexivité prend une tonalité particulière pour les professionnelles, en outre de la condition cognitive de la norme d'internalité (Beauvois, 1994). Mais il nous semble clair que le spécifique de leur action est inscrit dans leur travail même, à l'instar du caissier, de l'aidante naturelle, de la militante, du vendeur d'automobiles, pour qui l'usage de la réflexivité sera modalisé selon les conditions propres de leur action respective. Il découle de cet énoncé une conception des pratiques professionnelles comme résultat empirique *réel* de conditions de travail; parmi ces conditions se trouvent une configuration caractéristique de la réflexivité en fonction des divers plans nommées *supra*. À cette conceptualisation de la réflexivité qui focalise le regard sur l'individu et ses affects, «réflexivité narcissique dans sa forme postmoderne » (Bourdieu, 1997 : 129), nous préférons celle posant le rapport dialectique entre structures et individus, car elle constitue l'une des voies de développement de l'analyse du travail dans les métiers relationnels.

3.2.6 Conclusion sur la théorie du social

Au plan théorique, nous concevons donc le social comme un mouvement complexe de production/reproduction qui nécessite les pratiques pour se *réaliser*. Nous concevons également les processus complexes de réflexivité comme conditions de la pratique dans les métiers relationnels, sans sacrifier la complexité de cette réflexivité, ni en lui déniait son caractère productif. Plus spécifiquement, les pratiques professionnelles s'inscrivent et participent de processus complexes de réflexivité que les pratiques concrètes des agents nous permettent de reconstruire. Tout au cours de cette recherche, notre regard fut donc focalisé au plus près qu'il fut possible des pratiques de nos informatrices, pratiques qui nous permirent de reconstruire inductivement une théorie de l'intervention substantive aux praticiennes observées, puis d'en tirer quelques éléments plus généraux d'une théorie formelle de l'intervention comme condition des possibles de l'interdisciplinarité pratique.

De cette explicitation de la théorie du social découle une autre nécessité d'explicitation, de façon à se mettre nous même dans une posture réflexive, si l'on peut dire. Il importe en effet d'explicitier le statut et la valeur épistémologiques de la parole de nos locutrices en présentant une théorie du langage concordante à la théorie du social.

3.3 Le statut du langage

Nous avons acquis la conviction qu'à défaut d'une théorie du langage *a minima* explicite, point de théorie du social pertinente et point de recherche sérieuse, car les objets qui nous intéressent, ainsi que leur inscription dans le social, s'appréhendent par une double médiation langagière, soit celle de la narration des locutrices, et celle du chercheur à l'occasion de la rédaction de ces pages. En outre, de nombreuses distorsions langagières interviennent à ce propos, pensons à la question de la transcription des entretiens de recherche et de leur traitement. Il va sans dire cependant que l'on ne devient pas linguiste de façon spontanée, et que notre propos à l'occasion de ce chapitre procède davantage d'un souci d'explicitation des fondements de la recherche que du désir de démontrer notre entière connaissance du *continent linguistique*. Mais le modeste détour effectué ici découle d'une longue appropriation d'une théorie du social qui trouve son aboutissement dans cette parenthèse linguistique. Notre incursion se limite donc à la dimension sémantique de la linguistique.

Affirmons d'emblée que, pour nous, la pratique discursive est avant tout une pratique comme les autres, inscrite dans la théorie du social décrite au chapitre précédent. Le discours du locuteur n'est donc pas une source d'objets informationnels ou un réservoir d'indices de pratiques ; il constitue plutôt l'un des moyens de la production/reproduction sociales. Les savoirs énoncés dans les discours sont des savoirs qui ne sont pas forcément transparents en eux-mêmes, ni complètement opaques, d'ailleurs. En fait, il ne s'agit pas de faire parler le suspect mais bien de tenir compte des conditions de production du discours pour accéder au sens. Deleuze écrit que :

Les énoncés disent tout, mais il ne disent que ce qu'ils peuvent dire, ce qui est de l'ordre du «dicible». Il y a toujours un excès par rapport aux formes du «faisable» qui ne peut pas être dit directement, mais qu'il faut combiner avec celle du dicible. (1975 : 1224).

Nous nous inscrivons donc clairement dans l'herméneutique du doute, comme caractère fondamental de l'acte de reconstruction dans la recherche. À défaut de doute, quel serait l'apport du chercheur ? Dans une herméneutique de la confiance, celui-ci demeure forcément le moins pertinent des acteurs de la recherche pour dire ce que les locuteurs ont à dire. C'est que nous croyons que cette herméneutique du doute ne révèle pas une posture morale, sur la valeur intrinsèque de la parole des praticiennes, en l'occurrence. Elle révèle plutôt une

posture méthodologique et épistémologique esquissant les conditions de la production du *logos* scientifique qui, de par cette posture réflexive, en grande partie contre-communicationnelle, permet la formulation d'un discours éventuellement pertinent pour poursuivre la discussion publique.

Les matériaux premiers de notre analyse furent donc les entretiens de recherche d'une vingtaine de locutrices, partagées également entre infirmières et travailleuses sociales. Un entretien de recherche (Blanchet, Gotman, 1992), qu'il faut d'ailleurs distinguer d'une enquête par questionnaire (ouvert ou fermé, explicite ou implicite), ne permet pas de relever des faits. Il donne accès à des mots, ou plus précisément à des actes de langage traduisant par l'action de communication les mondes vécus et tout ce qui les construit.

Nous suivons Demazière et Dubar (1997) quand ils identifient trois grandes postures épistémologiques à propos des discours. Une première posture est dite *illustrative*. Le discours y est considéré comme la codification du social par le langage. Le chercheur illustre et «démontre», en illustrant son propos par des segments de discours «naturels ou indigènes», la véracité de ses hypothèses de recherche. La seconde posture, dite *restitutive*, prend le contre-pied de la première en affirmant que le social se crée par une infinité d'actes de langage et, qu'au plus, le discours à un caractère indexical. Le chercheur tentera d'identifier en quoi et comment un tel discours est possible. Posture empiriste, il y a ici postulat de la transparence du discours à lui-même. Il n'est donc pas question ici de formuler de propositions théoriques sur ce qui est dit, tout étant contenu dans les discours et leur contexte, que des comptes rendus restituerons fidèlement. Les auteurs proposent une troisième voie, qu'il serait possible de nommer *reconstitutive*, pour laquelle le discours est certes indexé à de nombreux contextes, dont les ressorts ne sont pas transparents *a priori* ni au locuteur, ni au chercheur. Reconstituer le sens, c'est alors soumettre le discours à un effort d'analyse linguistique des contenus manifestes des discours, mais surtout à une analyse du versant sémantique de la linguistique, soit l'analyse des sens socio-symboliques élaborés dans l'acte discursif.

Cette énonciation est pour nous une production qui procède tendanciellement d'*habitus* langagiers, dont l'ancrage contextuel, symbolique et pratique est toujours affaire singulière,

mais toutefois inscrite dans des processus complexes de réflexivité. En outre, cette singularité est inscrite dans une situation précise, en l'occurrence dans le cadre d'une organisation particulière, lors d'un entretien de recherche sollicité par le chercheur. Ainsi, la parole est une pratique qu'il faut analyser comme telle, ce qui implique de ne pas dissocier l'activité professionnelle des diverses modalités de parole «au cœur du travail» (Lacoste, 1995 : 24).

Cette reconnaissance de la singularité des discours explique l'importance accordée à la compréhension comme posture analytique, ainsi qu'à l'inductivisme et la théorisation ancrée comme devis méthodologique. Car il ne s'agit pas de nommer les grands déterminants d'une pratique discursive mais bien d'en analyser les conditions effectives d'appropriation et, partant, de re-production, dans l'acte de langage. Sur un plan ontologique, le locuteur n'est alors ni sujet essentiel, ni objet déterminé. Il est un acteur historique, social, et contextuel dont le travail d'énonciation permet d'accéder au sens, de par l'analyse des conditions de sa réalisation et des possibles anticipés. Comprendre, c'est alors aborder l'incommensurable singulier de la parole. Mais pour ce faire, le chercheur doit réaliser tout ce qui lui est possible pour favoriser un engagement subjectif des unes et des autres à dire le plus fidèlement possibles leurs mondes. Par fidélité, nous n'entendons pas l'acceptation classique au plan méthodologique mais bien cette caractéristique de congruence entre le monde dit et le monde vécu, par-delà les médiations du langage et les conditions interactives de l'énonciation, autant que faire se peut, il va sans dire.

Le langage est conçu comme «un processus par lequel le réel se constitue pour nous comme un "milieu" dans l'unité et la pluralité de son activité signifiante» (Cassirer, 1953 : 51, cité par Demazière, Dubar, 1997 : 38). Il ne s'agit donc pas du véhicule de représentations que le chercheur élucidera mais bien d'une pratique de mise en forme des «différentes conceptions du Moi et du Monde» (Cassirer, 1953 : 33, cité par Demazière, Dubar, 1997 : 38) dont on peut analyser les conditions pratiques de réalisation. La chaîne du langage est donc activité de mise en mots, dont l'étude de la matérialité nous indique des activités de traduction et de translation, ces dernières faisant davantage référence aux exigences pratiques qu'aux exigences sémantiques et communicationnelles. Cette réalisation est donc toujours située et dynamique car inscrite dans un procès interactif de production de sens. Son rapport aux objets en est moins un de description ou de nomination de contenus que de construction de

sens pour soi et pour autrui. Cependant, il faut ici éviter une posture par trop actancialiste qui réduirait le langage à l'activité parolière ; celle-ci exige, en outre du contexte d'énonciation, une langue et des univers sémantiques référentiels communs et antérieurs aux interlocuteurs.

Dans cette perspective, l'unité d'analyse n'est pas le lexème, comme révélateur de signifiés stabilisés dans le discours, ce qui appellerait une analyse de fréquences et de corrélations, mais bien l'énoncé, comme résultat d'un processus de production de sens, ce qui appelle une analyse sémantique. «L'énonciation est un moment du processus social de communication» (Berthelot, 1996 : 49) qui implique un *autrui*, un contexte, un langage, et donc une grammaire. Cette activité signifiante permet de retracer les réseaux sémantiques et les relations qu'établissent les interlocuteurs. Il importe donc que l'activité signifiante se déroule dans un climat favorisant la parole libre et la confiance mutuelle.

Demazière et Dubar, en appui sur Wittgenstein, estiment que les divers jeux de langage se stabilisent provisoirement et de façon strictement contingente (1997 : 43). Nous convenons de ce point de vue, quoiqu'il nous importe de spécifier ces caractères provisoire et contingent. Pour nous, il n'est pas question de laisser entendre qu'il y aurait quelque sorte de génération spontanée. Les formes symboliques sont certes provisoires, car historiques, et contingentes, car singulières. Mais cette historicité est surtout inertie (au sens physique du terme) et cette singularité synthèse concrète (Sartre, 1985). En outre, ces formes symboliques, quoique provisoires, ont la particularité de se constituer comme conditions du changement en traçant les contours de leurs propres possibles. Ces deux auteurs ont donc, à la suite de Cassirer, une double posture épistémologique : phénoménologique, où le langage est activité, et structuraliste, où cette activité procède d'un ensemble de règles de la production de sens préexistantes à l'acteur.

Dans cette perspective, le discours a trois grandes fonctions :

1. La fonction *référentielle*, qui dit comment sont les choses.
2. La fonction *modale*, qui dit ce que le locuteur pense des choses.
3. La fonction d'*acte*, qui vise à produire un sens spécifique ou à altérer l'état de l'auditeur.

L'énoncé est alors le produit par un locuteur de l'articulation *in situ* de ces trois fonctions du langage. En quelque sorte, l'énonciation est la singularisation du langage à deux contextes discursifs : intralinguistique (le cotexte) et translinguistique (l'entretien comme tel). Le récit est en outre un dialogue entre un acteur et des formes discursives antérieures au discours énoncé, ce que Demazière et Dubar nomment la catégorisation, notamment en regard de catégories « officielles », qu'il faut entendre comme catégories socialement stabilisées et reconnues. En d'autres mots, le discours dit les faits (entendus comme constructions préexistantes) et vise à signifier et agir sur ces faits. Il s'agit donc de *faits*, mais aussi de *faire*, de *facture* et de *conditions de fabrication*. L'énoncé exprime alors le monde social tel que vécu par un locuteur particulier, en une situation singulière.

Sous cet aspect, le lexique auquel se réfère le présent texte quant à la théorie du langage puise dans deux principaux registres, à partir desquels nous *énoncerons* notre thèse. D'abord, il importe de souligner avec Demazière et Dubar (1997 : 128) qu'il y a un foisonnement extraordinaire de registres lexicaux, ce qui traduit le peu de stabilité conceptuelle des sciences du langage. Ce foisonnement aurait produit, pour ces auteurs, des lexiques en gros équivalents. Nous employons donc à la fois un lexique formel (lexème/sème/catégorie sémique) mais aussi un lexique plus pragmatique (unité de sens, univers de croyance, etc.). Ce deuxième registre permet de croiser théorie du langage et théorie du social, et nous en ferons une adaptation toute ancrée dans les exigences de la théorie émergente.

Enfin, quel statut accorder à la production langagière qu'est une thèse? Le discours scientifique est-il simplement un discours parmi d'autres? Bien que nous comprenons avec une certaine ironie l'assertion concevant le discours scientifique comme une *langue bien faite*, et que nous reconnaissons le caractère forcément discursif d'une telle production langagière, nous sommes d'accord avec Hamel lorsqu'il évoque l'idée d'un « cahier de charges », au sens d'un ensemble de normes techniques conduisant à la production du discours scientifique. Il écrit à ce propos que :

Le langage formel est donc ce « matériel » issu d'une « réalisation technique » par laquelle les caractéristiques propres à la science sont attachées à la langue naturelle. [...] Entendu comme cahier de charges, le langage formel s'élabore donc en vertu d'actes par lesquels s'affichent clairement les contenus et opérations liés aux éléments et procédés de la langue naturelle en vue de lui permettre d'envisager des objets sur un plan abstrait. (1997 : 211)

Ainsi, la production langagière scientifique participe et s'articule de la langue naturelle en s'en distinguant par une série de normes permettant la formalisation, puis la théorisation. Parmi ces normes, nous pensons que le principe d'explicitation épistémologique est essentiel, d'où l'importance de ce qui pourrait apparaître comme des détours épistémologiques de trop grande envergure.

3.3.1 Catégorie, translation et schème pratique

Le concept de catégorie

Cette théorie du langage se réalise notamment par une activité incessante de catégorisation. *Kategorieîn*, soit *affirmer* : la catégoricité pose ses énoncés comme vérité, et se constitue autant comme constat que prédicat. Elle se définit par un ensemble de règles formelles de réduction de la réalité et de ses diverses tonalités et formes sensibles. Les catégories, écrit Le Ny : «sont des formes de pensées par lesquelles des données, des états-de-choses, sont fournis à la conscience sur le mode de la présence» et une catégorie grammaticale «est un système de correspondances entre un système de formes [...] et un système de valeurs sémantiques» (1990 : 277). Il s'agit d'un système de représentations qui a une fonction d'état, traduisant la sédimentation des formes et des valeurs sémantiques, et une fonction prédicative, en construisant puis en affirmant les règles catégorielles de construction et d'usage des catégories. La catégorie est donc à la fois un principe de vision et de division du monde et un schème classificatoire opérant en pratique des structures de sens.

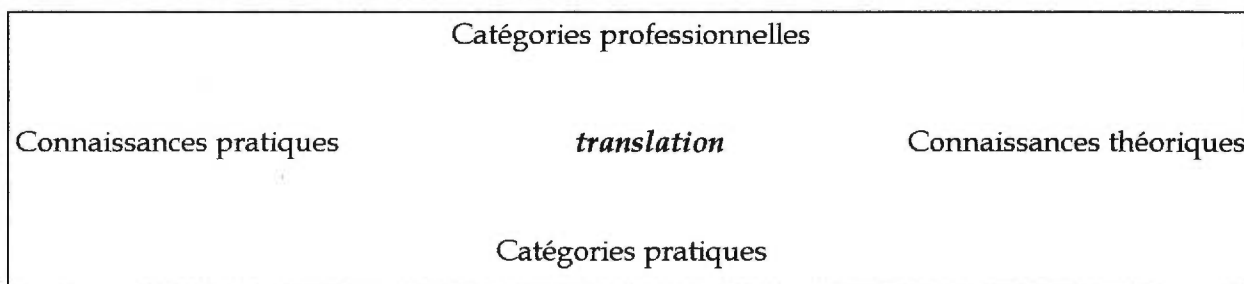
Demazière et Dubar (1997) préfèrent à une conceptualisation réaliste de la catégorie, comme il s'en trouve en taxonomie, une conceptualisation rationaliste, kantienne, où la catégorie traduit moins un objet qui se donne à la conscience par une forme qu'un ensemble de règles cognitives et épistémologiques, soit des activités de l'esprit, qui structurent la connaissance. Puisant du côté de Cassirer, ces auteurs estiment donc que catégoriser est un acte de pensée mettant en œuvre des procédures d'analyse, c'est-à-dire des actes de composition et de combinaison des objets dans l'activité langagière. Ils sont alors objet de catégorisations pratiques, savantes et officielles.

En ce qui nous concerne quant au travail de production d'une thèse, la catégorisation savante est aussi un jeu de langage qui se caractérise par la nécessité d'appréhender un monde extérieur, au moins en partie, à son propre monde, et de le dire selon les règles internes à la communauté scientifique. Demazière et Dubar estiment en outre que la catégorisation est au cœur du travail de la sociologie qualitative (1997 : 80), et ce selon trois conceptualisations : il s'agit soit de catégoriser pour reproduire la réalité (le réalisme objectiviste), soit de catégoriser pour projeter son désir (le constructivisme idéaliste), ou soit de catégoriser pour reconstruire le sens, c'est-à-dire relier des caractères de phénomènes complexes de façon à produire une intelligibilité de la forme (le rationalisme structuraliste). Nous suivons cette dernière posture. La catégorie apparaît donc comme un signifiant éventuellement polysémique et polyphonique flottant au gré des exigences de la pratique, notamment des nécessités interdisciplinaires.

Concept de *translation*

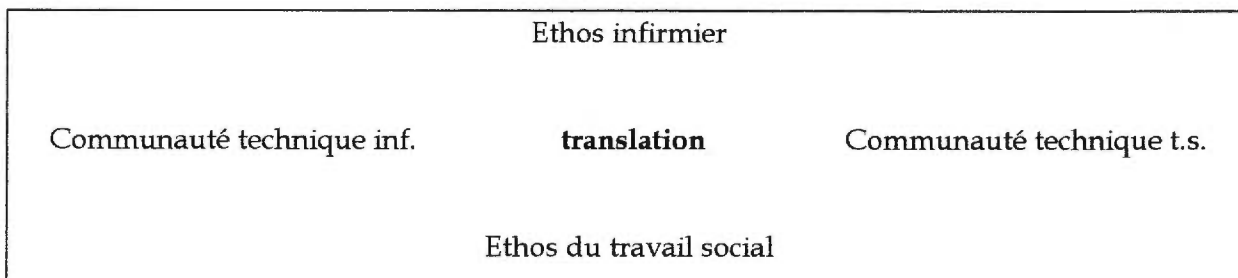
La fonction translative, comme nous l'avons écrit *supra*, est cette fonction d'un mot peu signifiant en lui-même qui élucide et permet le passage d'une «unité d'une catégorie à une autre» (Dubois et al., 1973 : 497). Le terme *intervention* permet l'articulation de quantité de dimensions composant et conditionnant l'action professionnelle concrète. Les usages d'*intervention* révèlent des translations pratiques, autant opératrices de transferts que traductrices sémantiques. La translation s'effectue alors tant sur le plan intraprofessionnel que sur le plan interprofessionnel. Au premier de ces plans, il s'agit, entre autres, de favoriser le passage entre des connaissances et catégories savantes et entre des connaissances et catégories pratiques.

Figure 1 : représentation de la translation (a)



Au plan interprofessionnel, la translation favorise le passage entre univers sémantiques différents. Ces univers se sont constitués en regard des *ethos* professionnels mais aussi des communautés techniques.

Figure 2 : représentation de la translation (b)



Concept de *schème pratique*

Pour Hatwell (1990 : 2312), «Le schème est la structure d'une action, i.e. ce qui, en elle, est généralisable à d'autres contenus». Savoirs pratiques, coups de main, représentations, *habitus*, etc. se sédimentent, s'incorporent, s'organisent et se stabilisent en schèmes d'action tendanciellement productifs, en ce sens qu'ils offrent un cadre pour des actions à réaliser en d'autres contextes. Ainsi, les pratiques professionnelles ne sont pas pures créations *in abstracto* mais singularisation d'une action à partir des incorporés. Pinto rappelle à ce propos la fonction catégoriale de l'*habitus* (Pinto, 1998 : 50). Le concept de *schème pratique* permet de s'émanciper d'une conception réaliste des notions de règle ou de grammaire. Contrairement à cette vision, les concepts n'ont pas ici le pouvoir d'agir dans les vies individuelles ou collectives des agents. L'*habitus* professionnel, par exemple, ne constitue pas l'incorporation de règles, formant une sorte de grammaire génératrice hors de la pratique réelle des agents. C'est plutôt dans l'*opus operatum* (le produit) que se révèle le *modus operandi* (la maîtrise pratique) (Bourdieu, 1972). Le schème pratique est alors conceptualisé comme sédimentation lente et dynamique des pratiques et *analyseur* des conditions de la pratique. Bien que cette sédimentation apparaisse constituée des normes et règles opératoires, elle exprime davantage les conditions de la pratique que l'essence d'une norme. La grammaire est alors conséquente des pratiques, et non à leur principe. Les *accords sémantiques*, entendus comme ententes explicites ou implicites sur le sens des actes et jugements professionnels, telles l'évaluation de l'urgence, la lecture d'un cas, etc., présupposent le partage *a minima* de schèmes pratiques.

CHAPITRE 4. DEVIS DE RECHERCHE ET STRUCTURE DE DÉMONSTRATION

4.1 Un devis inductif

Notre travail pose un temps *a priori* d'exploration du champ et de conceptualisation. Cependant, il ne s'agissait pas de vérifier *in situ* l'adéquation de ces concepts pour traduire l'incommensurabilité du «réel». Ce temps théorique, dont les pages précédentes rendent compte, visait à se doter d'une base suffisamment solide sur laquelle a pu s'édifier une construction théorique dont on ne connaissait, au point de départ, ni les résultats ni les conditions d'élaboration. En fait, même, voire surtout, pour un devis inductif, il nous semble essentiel au plan méthodologique d'explicitier ses propres prénotions, au sens de les rendre conscientes à soi et de les rendre publiques, de façon à en tenir compte dans la production des savoirs. Pour ce faire, nous avons pris le parti d'élaborer et d'explicitier le cadre d'analyse en publiant la théorie du social et du langage, et la problématisation préalable de l'objet. En ces pages, nous complétons le travail d'explicitation en élucidant le devis de recherche.

Malgré le temps relativement important de préconceptualisation, nous estimons que la recherche s'appuie sur un devis de type *théorisation ancrée*. Avec Strauss (1992), nous réaffirmons que le travail de recherche a une finalité d'élaboration théorique. Ainsi, cette thèse résulte en une théorie substantive de l'intervention pour le C.L.S.C. en question, et fournit des matériaux pour une théorie formelle de l'intervention, en vue du développement d'une analytique des pratiques professionnelles et d'une réflexion sur les possibles interdisciplinaires.

4.2 Une posture compréhensive.

Nous avons affirmé précédemment que le devis de recherche procédait également d'une posture *compréhensive*. Ici, le *comprendre* est moins une posture axiologique ou un postulat épistémologique comme chez les phénoménologues qu'une *méthode* découlant du statut accordé au discours et à la théorie du social. Il ne s'agit pas ici de revendiquer le *sujet*, encore moins de concevoir le *comprendre* en un sens quasi clinique, comme projet existentiel. Demazière et Dubar écrivent à ce propos que :

Comprendre le sens de ce qui est dit, ce n'est pas seulement être attentif, écouter et «faire siennes» les paroles entendues, c'est aussi analyser les mécanismes de production de sens,

comparer les paroles différentes, mettre à nu les oppositions et corrélations les plus structurantes. (1997 : 7)

Demazière et Dubar (1997) utilisent d'ailleurs l'analogie des noms propres pour décrire le rapport épistémologique entre la théorie substantive et les données. Une approche compréhensive vise à élaborer des concepts «semi-rigides» nommant de façon formelle et transitoire la singularité. Mi-noms propres, mi-noms communs, ils permettent de désigner un rapport entre la singularité et le conceptuel, entre l'empirie et la généralité. Néanmoins, ces concepts semi-rigides, substantifs à un groupe d'entretiens provenant d'une organisation spécifique, constituent les matériaux de l'élaboration de propositions théoriques de plus vaste portée.

4. 3 Un mode d'analyse structurale

Pour reprendre Demazière et Dubar, il s'agit ici d'analyser les relations entre «catégories naturelles», «catégories savantes» et «catégories officielles» à l'œuvre dans la construction langagière (1997 : 9) de l'intervention, le postulat épistémologique et méthodologique étant que l'analyse des actes de langage permet de retracer les relations d'un point de vue proche de la pratique. Une précision ici s'impose quant à la notion de «catégories officielles» : pour nous, il s'agit d'un ensemble de catégories instituées par l'ordre politique, organisationnelle, etc. Nous pensons qu'il faut cependant avoir une conception assez large de ces catégories officielles pour pouvoir y contenir toute catégorie référentielle instituée comme telle. C'est à travers ces relations entre catégories, relations toujours singulières et pourtant sociales, que le locuteur produit le sens.

C'est par la catégorisation sociale mise en œuvre dans un récit biographique que le sujet structure le sens de son «monde social», le produit et rend possible son appropriation par le sujet et son interprétation méthodique par le chercheur. [...] Le sens subjectif recherché n'est donc rien d'autre que la structure de l'ordre catégoriel qui organise la production de son récit et la dynamique de son inscription dans cet ordre (Demazière, Dubar, 1997 : 37).

Cette dynamique, sociale et singulière à la fois, a un caractère structural, structure structurée et structurante à la fois. Accéder au sens passe donc par un travail de reconstruction de ce qui est au principe d'une activité langagière spécifique et incarnée.

4.4. L'échantillonnage et le choix du terrain

Infirmières et travailleuses sociales entretiennent des relations professionnelles des plus pertinentes à notre objet de recherche. Ces groupes professionnels s'appuient sur des paradigmes (biomédical pour les infirmières et psychosocial pour les travailleuses sociales) qui se rencontrent dans la construction sociale relativement récente de l'approche bio-psycho-sociale (Perreault, Saillant, 1996). En fait, travailleuses sociales et infirmières offrent à la fois une figure type des transformations des pratiques professionnelles et un cas d'espèce de coopération⁵⁴ des plus riches par la mise en dialogue de paradigmes différents. Ces groupes se rencontrent en première ligne à l'invitation des aménagements politiques et gestionnaires, notamment au sein des C.L.S.C., champ d'observation choisi pour l'importance des enjeux interprofessionnels et interdisciplinaires qu'on y retrouve. Mais surtout, c'est la grande proximité au travail entre professionnelles qui est la plus intéressante pour cette recherche.

Comme il s'agit d'un étude de cas unique d'une micro unité sociale (Pirès, 1997 : 135-136), il fut donc nécessaire de construire un échantillon théorique en cours de production des données de façon à respecter les exigences de la théorie émergente. Pour ce faire, nous avons contrasté les sources d'information en sollicitant les praticiennes selon leur position dans l'organisation, leur âge, leur sexe, leurs orientations théoriques, etc. Nous avons également à cœur de couvrir le plus largement possible l'organisation toute entière. L'étude d'une seule organisation permet d'appuyer la réflexion sur des contrastes internes, tels les programmes, les modules, le rapport à la tâche, les disciplines comme telles, etc.

Les professionnelles d'autres origines disciplinaires que les sciences infirmières ou le travail social n'ont pas fait l'objet d'une cueillette de données ni d'une analyse spécifique, sauf lors de l'observation ethnographique, de façon à comprendre les communautés techniques de travail dans leur dynamisme réel. Elles ont donc constitué l'arrière-plan de notre objet et nous ont offert un éclairage particulier sur celui-ci.

⁵⁴ Il importe de souligner que nous n'accordons pas d'emblée une valeur de haute nécessité à la coopération. En fait, si les infirmières et les travailleuses sociales critiquent ce terme entendu comme normatif, en estimant qu'il y a peu ou mal coopération, nous soutenons en un sens plus formel que par-delà le questionnement de son efficacité ou l'insatisfaction qu'elle susciterait, nous constatons sur le terrain des pratiques collaboratives nombreuses.

4.5 .Les modalités d'élaboration des données

4.5.1 Observations ethnographiques et étude du contexte de pratique

Pendant plus de deux mois avant d'entreprendre les entretiens de recherche, et pendant le mois qu'aura duré la série d'entretiens, nous avons réalisé nombre d'observations des pratiques des unes et des autres en situation (Goffman, 1973). Il va sans dire que ce mode de collection de données s'est fait dans les limites qu'imposent l'éthique de recherche et la déontologie professionnelle en choisissant des moments de l'intervention accessibles à l'observation, notamment les réunions d'équipe et la vie des corridors. Cette première information eu d'abord comme fonction de nous introduire aux univers de sens dans lesquelles oeuvrent les professionnelles puis de relever certaines pratiques permettant de questionner et de donner sens aux discours recueillis par la suite. Des fiches thématiques ont été consignées afin de pouvoir reconstruire la mise en scène des rapports interprofessionnels. Les rapports au temps, à l'espace, la présentation de soi, entre autres, furent observés spécifiquement, notamment lors d'activités multidisciplinaires (rencontres d'équipe, activités d'aiguillage, etc.). Nous avons également relevé les usages de la notion d'intervention et les façons dont ils se construisent dans les interactions.

4.5.2 Entretiens d'explicitation

Le caractère langagier des matériaux imposait une méthodologie fondée sur l'analyse des discours des professionnelles sur leur propre pratique. Chaque interviewée porte, de façon singulière, les mondes dans lesquels elle œuvre. L'interviewer participe activement à la création d'un contexte favorisant l'énonciation de ces mondes en laissant les locutrices organiser leurs propres discours. L'entretien est non directif, au sens qu'il n'est pas soutenu d'une grille explicite ou tacite, mais il s'agit néanmoins d'une interlocution dirigée sur un domaine de parole et une modalité énonciatrice ayant fait l'objet d'une entente préalable. Il importe, autant que faire se peut, que l'entretien de recherche soit une situation véritable de dialogue. Ce caractère «véritable» est l'une des conditions de la *compréhension* de ce qui est dit. Il s'agit donc de faire confiance aux locutrices, comme condition de production d'un discours, même si fondamentalement la théorie du langage exposée *supra* participe d'une herméneutique du doute, comme posture fondatrice du projet scientifique. C'est que l'activité langagière exige une certaine immédiateté à des ensembles normatifs, à des grammaires cognitives, à des conditions de pratique nécessaires à la compréhension.

Tout entretien de recherche est assujéti à des règles discursives de production de sens distinctes des règles de production du discours clinique, par exemple. Alors que ce dernier se préoccupe spécifiquement des symptômes inscrits dans un discours à teneur informative, ce qui appelle une forme d'analyse de contenu, l'entretien de recherche tel que conçu ici est davantage narratif, et vise la mise en mots (l'énonciation) d'événements, ce qui appelle une analyse des discours.

Pour notre recherche, la nature et la diversité des tâches et des lieux de leur réalisation, ainsi que le caractère confidentiel de l'action des professionnelles impliquées, nous convièrent à délaissier le projet de l'observation directe des pratiques. Nous avons alors fait le choix de recueillir les récits par les intervenantes elles-mêmes d'une intervention qu'elles ont réalisée au plus tard quelques heures avant l'entretien. Pour ce faire, l'entretien d'explicitation tel que développé par Vermersch (1994) s'appuie sur une technique pertinente à notre projet. Les entretiens ainsi réalisés constituent les principaux matériaux de notre construction théorique, auxquels s'ajoutent les observations comme telles. Cependant, les observations sont surtout conçues comme moyen d'imprégnation dans les communautés techniques des praticiennes en place alors que les entretiens ont été l'objet d'une analyse des plus systématiques.

Psychologue et psychothérapeute de formation, Vermersch a développé dans une perspective piagétienne une méthodologie d'entretien visant à faciliter l'explicitation des savoirs tacites par la verbalisation de l'action à l'occasion d'un entretien de recherche. L'auteur estime que toute action comporte une part implicite ou tacite difficilement accessible tant pour l'interviewée que pour le chercheur. Verbaliser une action autrement que par ses résultats ou les affects qu'elle suscite lui apparaît d'ailleurs inhabituel, voire contre-intuitif. Expliciter son action exige alors de faire un *pas de côté*, de se mettre dans une posture de verbalisation particulière. Trois conditions prédisposent à la réussite de l'entretien d'explicitation :

1. S'assurer que l'interviewée soit bien dans le domaine de verbalisation de l'action.
2. S'assurer qu'elle décrive le procédural de son action passée (opérations, séquences, etc.) et que l'interviewer sache distinguer les savoirs théoriques des informations sur le contexte de l'action spécifique.

3. Que la mise en mot se réfère à des actions spécifiques et réelles, à défaut de quoi l'énonciation pourrait prendre la forme d'une schématisation de l'action, d'un script, d'une théorisation de l'intervention.

Pour ce faire, il faut canaliser l'action vers le vécu de l'action effective, vécu qui se distingue pour Vermersch du vécu émotionnel en son sens rogérien. Ce vécu est une forme de connaissance autonome que l'acteur n'a pas besoin de conscientiser pour réussir ce qu'il fait ; cette connaissance n'a nul «nécessité intrinsèque à ce qu'elle soit conscientisée » (1994 : 73) L'entretien d'explicitation vise donc à amener à la conscience⁵⁵ par la parole les connaissances préréfléchies en jeu dans l'action. L'auteur rappelle à ce propos la distinction que Piaget fait entre réussir et comprendre (et Valéry « Des fois je pense et des fois je suis »). L'auteur estime qu'il y a opacité de l'action à l'acteur, mais que cette opacité est transformable par un travail réflexif, au sens quasi bourdieusien de méthode. Ce réfléchissement du passé dans l'acte de parole est une forme de symbolisation rendant accessible l'action passée à la pensée abstraite pour le locuteur, et donc à l'analyse par la médiation du discours pour le chercheur. La position de parole incarnée, qui consiste à parler à partir d'un réfléchissement d'un passé concret, est provoquée par la situation d'entretien.

Suivant Piaget d'assez près, Vermersch distingue l'abstraction empirique, où le sujet abstrait de l'objet une série de caractéristiques lui permettant de nommer une forme, de l'abstraction réfléchissante focalisée sur la façon dont le sujet exécute l'abstraction empirique.

Qu'il se rapporte aux propriétés physiques des objets ou aux propriétés des actions, dans les deux cas, le point de départ est une opération cognitive de *réfléchissement*. C'est à dire le fait de réfléchir activement le vécu. Ce caractère actif est essentiel, puisque le réfléchissement est le produit de l'activité cognitive du sujet dans son interaction avec le monde, ce reflet n'est pas une passivité réfléchissante sur le modèle du miroir. (1994 : 79)

Réfléchir le vécu ne consiste donc pas à réfléchir aux thèmes de la vie mais bien abstraire l'action du *vivre*. Voici comment Vermersch (1994 : 80) représente le passage du préréfléchi au réfléchi :

⁵⁵ Il faut entendre par conscience un état cognitif d'un savoir plutôt qu'une posture existentielle du sujet.

Figure 3 : le passage du préréfléchi au réfléchi selon Vermersch (1994)

Étape 1

Vécu singulier, inscrit dans l'action
Connaissances dans l'acte

Réfléchissement

Étape 2

Vécu représenté
Signifiants intériorisés, privés

Thématisation

Étape 3

Vécu verbalisé
Habillage par les significations

Réflexion

Étape 4

Vécu comme objet de connaissance
Construction de l'expérience

Ce tableau illustre notre propre démarche de recherche en acte. Nous favorisons donc par un entretien de recherche le réfléchissement et la thématization du vécu de l'intervention professionnelle, nous reconstruisons ces thèmes en les schématisant, puis les retournons aux participantes pour une réflexion collective. En outre, ce tableau permet de représenter le projet même de la recherche qui est de contribuer au développement d'une analytique des pratiques professionnelles, notamment par le développement d'un savoir analyser sa propre pratique professionnelle fondée sur une méthode réflexive, au sens de Bourdieu.

L'entretien de recherche permet alors de dire ce qui est fait, et comment cela est fait, de façon à passer des schèmes pratiques à une première *thématisation* de ces schèmes. En fait, la recherche s'articule sur trois niveaux de l'action :

1. Le *faire*, le procédural, comme accès aux schèmes pratiques.
2. La description du *faire*, comme explicitation, puis thématization de l'intervention.
3. La méthode de la description, ou comment est décrit le *faire*, soit un gain de réflexivité.

La position de parole

La clef d'une telle méthode consiste d'abord à bien diriger l'interlocution sur le procédural plutôt que sur les représentations du procédural. Pour ce faire, il faut favoriser un type spécifique de relation cognitive que la locutrice peut entretenir avec ce dont elle parle : il s'agit de ce que Vermersch nomme la position de parole incarnée. Il faut en effet distinguer deux positions de parole :

1. *La position formelle* : le sujet, quand il s'exprime, n'est pas présent en pensée avec la situation de référence. Il n'y a pas expression du vécu concret. C'est le savoir plutôt que l'expérience qui est évoqué. La locutrice nous entretient alors d'un cas particulier d'une catégorie générale.
2. *La position impliquée (ou incarnée)* : le sujet est présent en pensée au vécu de la situation évoquée. C'est la singularité de l'action qui est apportée, avec les émotions et les sensations qui lui sont associées. L'auteur fonde sa méthode sur la *mémoire concrète* qui permet de *revivre* l'action. Un indice de la réussite de l'entretien est que le sujet se centre ostensiblement sur son vécu plutôt que sur la relation d'entretien. Des indices observables permettent de vérifier si le sujet entre vraiment dans cette position : décrochage du regard, ralentissement du débit et, sur le plan des indicateurs linguistiques, les oppositions concret/abstrait, spécifique/général, en

outre des indicateurs émotionnels et des évocations sensorielles (par exemple : «Je me rappelle très bien que j'étais mal à l'aise quand il m'a dit ça»).

Le guidage vers la parole incarnée

L'interviewer a donc comme travail de conduire la locutrice vers cette position de parole, de façon assez directive s'il le faut. Cette méthode d'entretien vise donc à canaliser la modalité énonciatrice de la locutrice de façon à éviter un discours théorique sur le *faire*. L'auteur suggère de ralentir le rythme des échanges, quitte à parfois déranger le sujet dans son énonciation. Il importe en effet de ramener le sujet sur un mode de verbalisation centré sur le vécu de son action, notamment en lui demandant de spécifier le concret de l'action et de son contexte («Ou étiez-vous dans le bureau lorsque...»). Vermersch nous invite également à créer par les relances l'obligation de retourner à une situation passée et concrète, pour ainsi créer la nécessité d'un accès interne à la mémoire concrète. La locutrice ne transmet plus que des énoncés généraux mais se voit invitée à dire le *faire*, au plus précis qu'elle le peut.

Ainsi, les entretiens se sont ouverts sur la consigne générale suivante : «Parlez moi de l'intervention que vous venez de faire». Les relances de l'interviewer s'inscrivirent alors dans le fil du discours de la locutrice, et eurent comme visée de canaliser la façon dont la locutrice dit sa pratique. Vermersch suggère deux règles dans la production des relances. D'une part, il invite l'interviewer à ne pas poser de questions qui appellent un savoir déjà conceptualisé («Pourquoi avez vous fait tel acte ? Quels sont vos références théoriques ?») et, d'autre part, il conseille de formuler des questions qui guident vers le préréfléchi, le procédural, le *faire*, qui appellent une narration concrète. Il pourra s'agir d'une demande de détail, de description du procédural, etc. Par exemple, nombre de relances avaient cette forme : «Vous dites que vous avez accueilli la cliente. Comment ça c'est passé concrètement?». Ce faisant, l'activité cognitive des locutrices fut principalement tournée vers le référent concret.

Action singulière, tâches réelles et spécifiées

Une fois l'entretien centré sur le vécu de l'action et que fut évitée la difficulté d'une description par la périphérie de l'action, une autre difficulté est à esquiver : que le discours se réalise sur le mode de la généralité des actions. Une condition essentielle de la réussite de

l'entretien d'explicitation est qu'il se réalise sur des actions spécifiques, singulières et réelles, au sens de *réalisées* ; l'entretien ne porte donc pas sur une action souhaitée ou interrompue.

Le contrat de communication

S'il va sans dire que la situation d'entretien est tout à la fois un rapport social et une relation intersubjective, il importe néanmoins d'établir un contrat de communication fondé non seulement sur une spécification de l'objet et du projet de recherche, mais aussi sur un engagement à écouter sincèrement ce qui est dit. Car la qualité de l'écoute est sans doute l'une des principales conditions de l'engagement de la locutrice dans une relation intersubjective authentique. Le contrat de communication était en l'occurrence le suivant : raconter le plus finement possible une intervention récente.

La transcription

La transcription respecte les règles de l'intelligibilité du discours écrit tout en demeurant fidèle aux énoncés et à leur énonciation. Comme le chercheur transcrivit lui-même les entretiens, des notes sur des codes non verbaux importants furent parfois rédigées. Comme nous ne nous sommes pas donné d'outils pour systématiser la cueillette et le traitement de ces informations, leur statut sera limité à un surcroît d'intelligibilité des données centrales que sont les énoncés. Plus fondamentalement, l'acte critique de transcription favorise peu à peu l'émergence d'un sentiment de grande proximité aux discours, état nécessaire au développement d'une certaine compréhension des locutrices. En outre, tout au long de la transcription, nous avons consigné de nombreuses idées, hypothèses et formulations théoriques dont la sédimentation est au principe de l'élaboration progressive et ancrée de la théorisation.

Enfin, Vermersch rappelle que la méthode qu'il propose offre autant de bénéfices pour le chercheur que pour les locutrices. L'entretien d'explicitation permet certes à l'interviewer de s'informer sur le *faire* de l'action; elle permet en outre aux locutrices de s'auto-informer (décrire leur *faire* et *comment* le dire), ce qui favorise l'établissement d'un rapport réflexif à la pratique. L'entretien d'explicitation est donc une conduite de réfléchissement qui forme la première étape d'un processus menant à l'élucidation des conditions de réalisation de la réflexivité professionnelle.

4.5.3 L'analyse structurale des entretiens de recherche

Les entretiens recueillis furent analysés avec l'aide strictement technique d'un logiciel de classification, en l'occurrence NUD*IST. Nous disons technique dans la mesure où nous avons employé le logiciel de façon minimale, sans chercher *a priori* à articuler logiquement les catégories entre elles. Ainsi, les différents noeuds de codage ont été disposés sur un seul et même niveau. Il y avait trois types de noeuds. Le premier de ces types consistait à classer les énoncés en fonction des trois axes grammaticaux présentés dans la première partie de la thèse. Le second type était constitué de noeuds reprenant la structure de la méthode proposée par Demazière et Dubar (1997), eux-mêmes inspirés de théoriciens de la grande famille structuraliste en linguistique que sont, selon des teneurs assez diverses, Cassirer, Barthes, Greimas et Hiernaux, que les auteurs croisent avec la théorisation ancrée de Glaser et Strauss. Le dernier type concernait les usages explicites d'*intervention* et de ses dérivés de façon à pouvoir éprouver la grammaire de l'intervention développée par Nélisse (1997). Le codage s'est donc déroulé à partir de ces trois types, de façon concomitante, quoiqu'indépendante. Le codage, ou en fait le triple codage, permet de consigner à plusieurs endroits un même énoncé.

Le sens du récit est dans sa mise en mot : l'énonciation

Comme nous l'avons explicité au troisième chapitre, nous postulons que le sens du récit est le produit du travail de mise en mots, soit l'énonciation, réalisé en regard de structures sociales de sens et d'univers de sens *in situ*. La parole est conçue ici comme ni opaque, ni transparente à elle-même. Elle est action inscrite en divers cadres sociaux, langagiers, et pratiques. Les structures de sens qu'elle met en œuvre sont différentielles, et participent de catégories plus larges et intégratives. Il faut donc à la fois mettre en lumière des relations entre signifiés et leurs relations à des catégories signifiantes de plus vaste portée au principe des disjonctions et conjonctions sémantiques à l'œuvre dans le discours. Les diverses tonalités de sens apparaissent alors par les différents rapports établis entre signifiants et catégories. Demazière et Dubar (1997) illustrent ce propos en indiquant que le lexème *noir* a une relation différente à *rose* si la catégorie supérieure est *humeur* plutôt que *couleur*, comme dans «je broie du noir» et «je vois la vie en rose». Le sème est la structure élémentaire de signification qui se compose soit de contradictions (blanc/non-blanc), soit de contrariétés (blanc/noir), soit de présuppositions (non-blanc /noir). L'énonciation se conçoit alors comme une pratique opérant des différenciations et des conjonctions, le tout formant le discours comme acte.

Le discours s'intègre tant horizontalement, soit le fil du discours, que verticalement, soit l'histoire personnelle, institutionnelle, sociale par quoi s'établit le sens de l'énoncé. Demazière et Dubar écrivent à ce propos que «La disjonction relève de la chaîne syntagmatique constitutive du signifiant et la conjonction de l'intégration paradigmatique définissant le signifié» (1997 : 129). Comprendre, c'est croiser ces deux niveaux d'analyse des discours. Les chaînes d'énoncés sont alors catégorisées par leur encodage qui les classe par la nomination, qui les regroupe par l'agrégation, qui les traduit par la formalisation. Sur la base de ces catégories, il est possible de monter en abstraction en reconstruisant les relations qui s'établissent entre catégories. C'est de cette façon que s'élabore la théorie substantive.

Le chercheur peut alors accéder au sens par une reconstruction formalisée de cet acte complexe qu'est le discours. Mais devant l'incommensurabilité du discours, les lectures possibles sont nombreuses, inépuisables. Il importe alors d'inscrire l'analyse dans une problématique relativement explicite de façon à canaliser le travail. Cette problématisation porte alors une attention particulière aux catégories sociales signifiantes dans les champs en question. Le va-et-vient entre cette problématique et les discours est essentiel au travail d'élaboration de la théorie substantive. Ce mouvement de théorisation n'est cependant pas linéaire car il implique éventuellement des retours imprévus à des temps antérieurs de la recherche. Le projet est donc de mettre en évidence le code narratif en jeu pour chacun des discours, puis éventuellement pour l'ensemble des discours par la reconstruction d'homologies structurales à l'ensemble ou à des sous-groupes de discours recueillis en regard des catégories référentielles. Ce code se reconstruit à partir du travail de catégorisation que le sujet produit pour dire son intervention. L'activité de recherche dite de codage permet alors une forme de traduction en catégories et concepts provisoires. Cette traduction est forcément trahison, notamment à l'égard de la complexité des sens, mais néanmoins gain au niveau d'une certaine intelligibilité.

La démarche d'analyse des entretiens de recherche

Demazière et Dubar (1997) offrent une méthode d'analyse suffisamment précise et solide pour s'y appuyer en toute confiance. Dans l'ordre, voici les étapes de la mise en forme des données puis de l'analyse qui serviront à la reconstruction des sens de l'intervention :

- *Codage* à partir de trois niveaux du récit :

- Les énoncés *événementiels*, soit les épisodes, les séquences, les actes réalisés par les acteurs du récit.
 - Les énoncés sur les *actants*, soit tous les énoncés comportant des indices permettant de comprendre les relations entre actants.
 - Les énoncés narratifs concernant les thèses, *arguments*, et univers de possibles.
- Chaque proposition ou énoncé est codé en fonction de ces trois niveaux de catégories, numéroté, puis le tout regroupé en séquences de l'interlocution. Ainsi, chaque relance a un certain nombre d'*événements*, d'*actants* et d'*arguments*.
 - Ces scénarios recomposés servent de base à une condensation des entretiens de recherche et à l'identification de lexèmes forts structurant les discours. Tout l'encodage se réalise dans le plus stricte respect de la mise en mots initiale.
 - Cette réduction des classes d'événements, d'actants et d'arguments sert de matériaux à la production d'un *schéma provisoire* spécifique à l'entretien qui se constitue par un tableau composé d'une colonne d'événements, d'une colonne d'actants, et d'une colonne d'arguments. Nous avons ainsi une réduction rigoureuse de l'entretien à quelques pages.
 - Pour chaque schéma provisoire, le chercheur identifie des sèmes structurants qui sont par la suite articulés dans une représentation graphique nommée *schéma spécifique* pour chacun des entretiens de recherche. Ici, le chercheur doit estimer en quoi un sème spécifique est plus structurant qu'un autre. Si ces estimés ne sont pas objectifs, ils sont cependant justifiables. C'est pourquoi nous exposons au septième chapitre les schémas spécifiques pour chacune des locutrices, en étayant nos estimations d'un texte explicitant la lecture que nous avons faite du schéma provisoire.
 - Les vingt schémas spécifiques sont par la suite agrégés de façon à faire des tas autour d'entretiens types ou de sèmes transversaux à un certain nombre de schémas spécifiques. Il faut noter que le découpage par groupe professionnel n'est pas ici un principe d'agrégation, bien que l'identité professionnelle soit au principe d'un *ethos* partagé producteur de sens. En fait, la production de schémas communs permet de faire apparaître des possibles interdisciplinaires incorporés et plus ou moins partagés, dont l'analyse des principes de construction aura permis d'avancer quelques matériaux d'une théorie formelle de l'intervention et des possibles interdisciplinaires.
 - Une fois les tas stabilisés, il fut possible de les *typifier* en regard des rationalités argumentatives, de finalités, des logiques sociales, d'éléments structuraux, et de raisons

pratiques de toutes sortes déployées dans le discours. Ce travail de typification permet de reconstruire, à partir d'airs de famille, des schèmes communs et de voir apparaître ainsi des homologies structurales intra et interdisciplinaires.

- Formulation de la théorie substantive pour les vingt locutrices par l'élaboration conceptuelle progressive.
- Éléments d'une théorie formelle.

À chaque étape du processus de théorisation, les condensés, les schèmes et autres productions provisoires ont été désignés par un titre reprenant des énoncés particulièrement signifiants dans l'entretien. Ces titres ont été les premières formulations intuitives et inductives des concepts en émergence.

4.5.4 Discussions épistémologiques

Les entretiens permettent, une fois analysés, de reconstruire des schèmes pratiques représentant une intervention spécifique pour chacune de nos locutrices. Nous les avons par la suite retraités de façon à faire émerger des schèmes communs de l'intervention présents à divers degrés dans l'ensemble des vingt interventions. Ces schémas communs ont été soumis aux locutrices lors d'une activité de réflexion interprofessionnelle.

Cet élément méthodologique s'appuie sur les travaux de Darré (1978 ; 1980 ; 1984 ; 1985), sociologue du milieu agricole et formateur. Il s'intéresse à la constitution de groupes professionnels pratiques d'agriculteurs dont le principe de constitution est le partage d'une communauté technique, d'une histoire et d'une géographie, soit le terroir. Inspiré d'une sémiologie de la pratique, son travail vise à étudier les conditions d'une parole collective de groupes réels pour qui la parole est difficile, car inscrite dans un rapport de domination, en l'occurrence la petite paysannerie française déclinante. Par extension, sa méthode permet à des groupes réels (c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, les employées d'un C.L.S.C.) de produire un discours sur elles-mêmes en explicitant collectivement les conditions de constitution de leur communauté technique et de leur groupe professionnel pratique. Son travail est dit «épistémologique» car il s'agit d'explicitier, au sens d'une sociologie réflexive, les conditions de la parole, puis de la constitution même de la communauté pratique.

Son travail est intéressant pour nous car :

- Il s'appuie sur des théories du langage et du social proches de celles que nous avons exposées *supra*.
- Sa proposition méthodologique permet de recueillir une information riche pour notre propos, soit la parole construite par la communauté pratique.
- Ses travaux sont à la croisée de la production de connaissances scientifiques et d'interventions en formation, ce qui traduit le double intérêt que nous poursuivons.

L'expression de la parole dans un contexte d'explicitation des conditions de pratique en collectif ne permet pas tant l'expression des sentiments ou de l'existential que l'expression d'un rapport au réel. Ce rapport est source d'information et potentiellement visée de changement à travers les pratiques dont il rend compte. La discussion épistémologique a comme moyen la déconstruction de l'idée que les mots sont attributs des choses. C'est le rapport du sujet aux mots, à travers les pratiques, qu'il importe d'explicitier. L'activité du groupe n'est donc pas de type psychologique ou relationnel mais bien épistémologique, car elle concerne les conditions de la production d'une parole plus pertinente pour dire sa propre pratique. Un tel travail épistémologique fait avec un groupe réel permet à celui-ci de s'émanciper de l'inertie symbolique étayée du statut d'objectivité donné aux discours dominants ou officiels. La façon dont on parle d'une question et la façon dont on parle des buts poursuivis par une organisation, par exemple, expriment un rapport au réel. Problématiser collectivement ces buts, toujours par exemple, c'est exprimer le rapport des possibles qui relie buts et pratiques dans une communauté technique donnée.

La position de l'animateur

Ici, il s'agit de développer une considération inconditionnelle de la parole des participantes, soit un véritable rapport « oblatif » aux interviewés (Bourdieu, 1993). Mais l'objectif demeure de transformer la parole puisque toutes conviennent que le but de l'exercice est l'augmentation de la pertinence du discours pour expliciter la pratique interdisciplinaire, en l'occurrence. Augmenter la pertinence du discours n'est pas le rendre plus objectif mais bien plus pertinemment subjectif au groupe pratique. Darré estime à ce propos qu'inviter des sujets assujettis à un discours dominant à objectiver leur discours c'est les traîner sur un terrain perdant d'avance. Il préfère les inviter à étudier les rapports sociaux auxquels ils

participent, ce qui, d'un certain point de vue, constitue une sorte de subjectivation critique. De même, le but n'est pas de réduire les incohérences des discours mais de leur donner sens en les rattachant à des faits et à des pratiques que l'on peut analyser réflexivement et collectivement.

Pour l'animateur, la consigne n'est pas « examinons les faits » mais « explorons le point de vue et la façon de dire les faits » à partir de deux dimensions : le système réel, soit ce dont on parle, et le système problématique, soit la parole sur la réalité en vue de la transformer. L'animateur formule des relances qui permettent au groupe d'accroître la pertinence du discours collectif en émergence. Pour ce faire, il doit comprendre les caractéristiques pertinentes à la conceptualisation que fait le groupe des notions employées. L'observation participante dans la communauté pratique prend alors une grande importance. Darré donne l'exemple du rapport que chacun peut avoir avec un même produit agricole. Ainsi, le *poireau* est lié au profit, au travail, à la terre, à l'allicine, à la table selon qu'on soit marchand, producteur, agronome, chimiste ou cuisinier. Plus finement encore, le terme *poireau* est connoté selon la communauté technique spécifique : ainsi, le poireau n'a pas le même sens selon la communauté gastronomique, qu'elle soit française ou québécoise, par exemple. La production de sens prend donc diverses formes selon la multitude de rapports possibles que le sujet a à l'objet.

Si l'animateur n'a pas besoin de connaître tous les rapports possibles pour animer une telle discussion, puisque le travail de conceptualisation est pour lui progressif comme pour le groupe, il doit se placer dans une posture de compréhension conceptuelle qui dépasse la simple empathie. Il fera attention à employer des catégories signifiantes pour le groupe et son attention sera focalisée sur la façon dont les gens parlent plutôt que ce dont ils parlent, car c'est de la façon de parler que provient l'information. Faciliter l'exploration des divers rapports qui structurent la communauté technique se réalise de façon transitive, par une activité réflexive ayant comme objet focal le discours. Le travail de l'animateur consiste alors à favoriser la réflexivité collective sur les discours. Mais il rencontre la difficulté suivante : le lien dénoncé par Saussure entre *mot* et *chose* va à l'encontre du sens commun. L'animateur travaillera à briser cette association - d'où l'appellation de discussion épistémologique - en faisant parler les participantes autrement des faits, en les invitant à construire collectivement

de nouveaux concepts pour dire leur réalité. Pour ce faire, il doit travailler avec le groupe à l'orientation des débats vers un champ de parole spécifique, puis à son élargissement. Il doit également aider le groupe à demeurer dans des champs porteurs d'innovations conceptuelles, aider le groupe à les voir, à les construire, à éviter les effets d'entonnoir, à faciliter le passage d'un courant de pensée à l'autre, et à faire le point périodiquement.

Ces discussions épistémologiques ont été enregistrées, mais n'ont pas fait l'objet d'une transcription et d'une analyse systématique. Elles ont ce double statut qu'ont les observations ethnographiques, à la périphérie des discours recueillis. D'une part, elles permettent d'accéder aux univers de sens, pour ainsi accroître la présomption de pertinence de nos propositions théoriques. Plus spécifiquement, d'autre part, elles ont permis de revoir les schémas communs produits, de les reconceptualiser à l'aide des concepts émergeant tout au long de la recherche.

4.6 L'intégration analytique

Les matériaux premiers avec lesquels nous avons élaboré la théorie substantive sont les récits d'intervention recueillis selon la perspective de l'entretien d'explicitation de Vermersch (1994) et analysé selon la méthode d'analyse structurale des discours proposée par Demazière et Dubar (1997). Cependant, d'autres sources d'information que la verbalisation sont valables pour analyser l'action. Vermersch (1994) considère notamment à ce propos les observables de l'action (comportements) qui sont transitoires, qui exigent un observateur, et qui ne sont jamais donnés facilement; pour être reçus, il faut les attendre. Il considère également les traces de l'action (brouillons, dossiers, décisions, etc.). Mais en ce qui nous concerne pour les métiers relationnels, plusieurs actions laissent peu de traces et sont difficilement observables. Les observations terrains, les lectures de certaines traces, et toute autre donnée sont venues enrichir le cadre interprétatif de la thèse en général, et des discours en particulier, de façon à accroître notre capacité à donner sens et à corroborer la thèse que nous soutenons.

L'unique nomination des structures catégorielles à l'œuvre dans les discours constituerait une forme de stratégie quasi restitutive que nous avons précédemment rejetée. Il convient mieux ici de *comprendre* ce que ces catégories produisent comme condition de production du sens visé par la locutrice en cours d'entretien. Les liens effectués entre niveaux catégoriaux lors de

l'énonciation nous semblent dès plus riches, au plan de l'avancement des connaissances, dans la mesure où ils donnent accès aux univers de croyances et aux logiques sociales (Demazière, Dubar, 1997 : 99) qui les traversent.

Il est donc clair que le pivot empirique de cette recherche fut la vingtaine d'entretiens d'explicitation et leur analyse structurale. L'observation ethnographique a eu comme projet de contribuer à l'élaboration inductive de la problématique (caractère opératoire ou non des hypothèses de travail, premiers matériaux préthéoriques, etc.) et de permettre une connaissance spécifique des communautés techniques en question. De même, le retour à des discussions épistémologiques sur les schèmes élaborés en cours de recherche a permis le raffinement de la théorie substantive en élaboration.

Ce qui permet l'intégration analytique est, dans un premier temps, l'écho que les informations recueillies trouvent en regard de la cohérence interne du cadre théorique et, dans un second temps, leur insertion dans la théorie substantive comme telle. Le caractère heuristique de ces informations doit se jumeler à leur caractère d'adéquation à la théorie émergente, elle-même assujettie à la construction théorique. De même, la capacité heuristique de cette théorie substantive à ouvrir sur des propositions théoriques de plus vaste portée, dans le cadre immédiat de cette thèse où lors de recherches ultérieures, ainsi que sur des applications pratiques, notamment au niveau du développement d'un *savoir analyser* au plan des pratiques professionnelles, indiquera sa qualité d'intégration. La théorie substantive, si elle n'est pas nécessairement assujettie à son insertion dans une théorie formelle de plus vaste portée, doit être, selon la perspective défendue ici, mise en tension avec l'analyse des conditions plus larges structurant l'espace social en question. Cette mise en tension a pris la forme d'une comparaison entre le cadre théorique préalable et la théorie substantive telle qu'émergée. Au terme de l'exercice, quelques éléments d'une théorie formelle ont donc été esquissés, comme contributions théoriques à l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'agit de

produire de nouvelles «catégories» plus abstraites, qui sont impliquées par les précédentes et qui leur donnent une signification théorique plus opératoire. «D'expliquer plus pour comprendre mieux (Ricoeur, 1984) en reliant un processus spécifique à un champ à d'autres processus analogues [...] (Demazière, Dubar, 1997 : 59)

En fait, la théorie formelle est pour nous la refonte de la problématisation fondée sur d'autres relations et ouverte sur d'autres questions. Pour reprendre le point de vue de Passeron (1991 : 84), il s'agit moins de soumettre ici de la preuve que de produire de la présomption. Cette présomption argumentée et prenant validité par la qualité du travail avec l'empirie devra, il va sans dire, trouver sa validité finale par sa fécondité heuristique et appliquée, et par la capacité de susciter une conviction partagée. Pour la théorie substantive, elle sera considérée valide (notamment) par son caractère d'adéquation (fit) aux informations recueillies et par sa fécondité heuristique (work). La théorie substantive n'est pas qu'une simple mise en forme des données. Elle est le produit de leur transformation continue par le travail de recherche. Mais comment déterminer l'adéquation et la fécondité d'une recherche? Nous faisons le choix, certes impopulaires, d'estimer que c'est principalement au chercheur et au champ scientifique dans son ensemble à évaluer la validité. Demander aux participantes d'une recherche de se prononcer sur ces questions complexes et sans doute souhaitable, mais cela exigerait des conditions pratiques et épistémologiques telles qu'il nous paraît illusoire, voire démagogique, de les solliciter ici. Cette conception de la validité découle de la théorie du social et de la théorie du langage sous-jacente à l'ensemble de la thèse. Ainsi, l'acte de formuler une évaluation est traversé d'une mise en relation de catégories savantes, officielles et pratiques. Très clairement pour nous, un sondage d'opinion sur la validité, réalisé auprès des participantes d'une recherche, ne constitue pas une source de validité ; il s'agit plutôt, pour ce type de recherches, d'une source d'informations à réintroduire à l'analyse. Ces informations traduisent l'état des rapports de forces dans un champ donné. Est-ce à dire que les participantes n'ont rien à dire? Non, très loin s'en faut. Dans une perspective de théorisation ancrée, elles ont une grande capacité d'influencer la construction théorique en cours d'élaboration. Et la portée appliquée des résultats de recherche peut sans mots dire se voir invalidée par les pratiques effectives. Mais de façon ultime, c'est le chercheur qui affirme et assume son affirmation devant ses pairs et maîtres.

4.7 Conclusion : l'opérationnalisation de la démarche méthodologique

Il importe d'élucider le mouvement cohérent de cette démarche méthodologique composite car c'est précisément ce mouvement de va-et-vient entre des moments plus proches, puis plus éloignés, de l'empirie qui permet de conserver notre posture inductive.

Nous avons d'abord longuement élaboré lors d'une recension des écrits sur l'intervention l'espace des usages livresques de cette notion et ainsi élaboré trois axes grammaticaux autour desquels se structurent les différents usages livresques de la notion d'intervention. Puis nous avons passé près de 3 mois en observation ethnographique, dont nous rendons compte des résultats au prochain chapitre. Il faut cependant souligner à nouveau que l'observation avait d'abord et avant tout pour but de nous permettre de nous familiariser avec les communautés techniques en place, de façon à véritablement développer une oreille compréhensive en cours d'entretien.

Par la suite, nous avons réalisé vingt entretiens de recherche selon les principes présentés précédemment. Ces entretiens ont été transcrits, codés, puis analysés. En outre de l'analyse première que nous avons présentée *supra*, nous avons mis à l'épreuve des discours et des observations les trois axes grammaticaux élaborés pendant la recension des écrits, de façon à pouvoir les reconceptualiser en cours d'élaboration théorique. En outre de cette première mise à l'épreuve, nous avons expérimenté la grammaire de l'intervention développée par Nélisse (1997) par une analyse de surface des différentes occurrences du terme *intervention* et de ses dérivés. Les résultats de cette mise à l'épreuve ainsi que les principes qui la soutenaient sont présentés au sixième chapitre.

Le codage des entretiens s'est donc déroulé en deux principaux temps, l'un fondé sur les indications offertes par la méthode d'analyse structurale des discours, l'autre sur les axes grammaticaux préalablement élaborés. Ainsi, le sixième chapitre rend compte de cette expérimentation, alors que le septième présente les résultats spécifiques à la méthode d'analyse structurale des discours. Ce sont ces derniers résultats qui ont fait l'objet de la discussion épistémologique avec les participantes de la recherche. Ainsi, la démarche apparaît se dédoubler comme suit : une trajectoire strictement inductive et empiriste (observations, entretiens de recherche, analyse, discussions de groupe) qui permet une élaboration continue de la théorie substantive et une démarche semi-inductive et théorique d'expérimentation et de reconceptualisation des axes grammaticaux et de la grammaire de l'intervention selon Nélisse (1997). La recherche se déroula au rythme du dialogue entre ces deux dimensions de la démarche d'élaboration théorique.

TROISIÈME PARTIE

USAGES, SENS ET SCHÈMES PRATIQUES DE L'INTERVENTION : UNE THÉORIE SUBSTANTIVE DE L'INTERVENTION

CHAPITRE 5. UNE VUE GLOBALE DU CHAMP D'OBSERVATION

Le présent chapitre rend compte d'informations obtenues par les activités d'observation que nous avons réalisées sur une période d'environ trois mois. Au cours de cette période, nous avons réalisé nombre d'activités très diversifiées de façon à comprendre, autant que faire se peut dans la position de l'observateur, le milieu de travail des infirmières et des travailleuses sociales.

5.1 La réalisation des activités de collecte de données

Nous avons donc passé douze semaines sur le terrain à observer, sous divers angles. Outre les vingt entretiens de recherche et trois rencontres de groupes avec les participantes, nous avons réalisé une douzaine d'entrevues d'informateurs clef (responsables des archives, chefs d'équipes, praticiennes d'expérience, etc.). Nous avons effectué quatorze activités d'observation centrée sur une intervenante en particulier, six activités administratives (ex. : le Conseil d'administration), six réunions d'équipe, sept rencontres diverses (formation sur la sclérose en plaques, assemblée générale annuelle du Conseil des infirmiers et infirmières, etc.), et quatre réunions équipes multidisciplinaires. Nous avons évidemment eu d'innombrables interactions avec toutes les catégories de personnels. Enfin, nous avons passé de nombreux jours d'observation dans des lieux stratégiques comme la salle des infirmières du soutien à domicile, la salle d'attente, la salle à manger.

Le focus de ces observations était triple. D'abord, il s'agissait de comprendre la vie quotidienne du C.L.S.C. de façon à bien nous imprégner des communautés techniques. Pour ce faire, il fallait participer à l'ensemble des activités de l'organisation. Puis il s'agissait d'observer les usages de la notion d'intervention, qui furent l'objet d'un recensement spécifique. Enfin, ces observations avaient pour but de mieux comprendre les rapports interprofessionnels entre infirmières et travailleuses sociales. Nous avons rédigé des

centaines de pages de notes d'observation qui viennent appuyer ou contredire l'analyse plus formelle des entretiens de recherche. Mais elles ont surtout une vertu heuristique quant à notre visée de théorisation ancrée. Par exemple, le concept émergeant de *scripte de l'intervention*, puis de *récit*, pour aboutir au concept de *récit-client*⁵⁶ s'est élaboré en cours d'observation, et ce avec une force et une pertinence étonnante. Qu'il suffise pour l'instant d'indiquer qu'il s'agit du travail incessant de production de diagnostics informels, notamment lors des activités interprofessionnelles informelles que sont les discussions de corridors, et qui tendent à stabiliser les diverses lectures possibles de la situation problématique de façon à faire consensus sur les interventions à réaliser auprès du client. Autès (1998) souligne l'importance de cette fonction narrative pour ce qu'il nomme les métiers sociaux (1998 : 52). Quant à nous, nous soulignons spécifiquement que cette fonction narrative concerne tout autant les infirmières, et constitue le lieu privilégié de la rencontre des disciplines et des groupes professionnels.

L'introduction au terrain s'est réalisée au début de la recherche par le biais de cadres intermédiaires qui nous invitaient à des activités sectorielles, d'où notre insertion dans les séquences «naturelles» d'activités s'est réalisée. Au même moment, une lettre circulaire présentant notre travail et le but de notre présence fut distribuée. À chaque publication du journal interne, nous avons rendu compte de nos travaux. Ces éléments ont suscité un certain intérêt qui aura facilité notre insertion dans l'ensemble de l'organisation.

Il était convenu que nous n'ayons pas accès direct au client, d'abord pour des raisons de confidentialité, mais surtout pour des raisons éthiques de non-interférence à des activités parfois critiques. Pour exemple, une part importante des usagers au module de soutien à domicile sont en fin de vie. Néanmoins, des activités de groupe, et certaines activités très spécifiques, comme la formation d'une infirmière à une technique sur une patiente, l'observation des postes de travail téléphonique, entre autres, nous ont permis d'avoir un certain accès aux rapports directs avec les clientèles.

⁵⁶ Ce terme sera conceptualisé avec précision plus loin. Quant au terme *client*, auquel nous préférons *usager*, c'est celui qui est très largement en usage au C.L.S.C. Nous l'employons donc en référence à l'univers sémantique de l'organisation.

Nous avons en outre un intérêt à relever les indices de réflexivité que provoque la présence même du chercheur auprès des praticiennes. De toute évidence, celles-ci ont besoin et aiment parler de leur intervention. Pour une autre recherche qui portait sur les travailleurs de rue (Hurtubise, Laaroussi, Dubuc, Couturier, 1999), nous avons constaté comment la présence même d'un chercheur engage les praticiens dans une posture réflexive. Ici, cependant, nous avons remarqué que cette posture était nettement moins intense que pour la recherche précitée. Le fait que nous observions des groupes professionnels plutôt que des individus a atténué l'effet de réflexivité auprès des praticiennes et a, pour la même raison, suscité une certaine posture réflexive chez les cadres intermédiaires. La construction méthodologique du projet de recherche, comme la construction de l'objet, contribuent à induire ou non une posture réflexive dont les incidences peuvent être positives en terme de formation continue et de développement du savoir analyser les pratiques professionnelles. Néanmoins, l'entretien de recherche comme tel, ainsi que les rencontres de discussions épistémologiques ont contribué à instiller une posture réflexive que notre devis de recherche n'a pas pu pleinement soutenir. Mais tel n'était pas son but premier. Cette question des conditions de la réflexivité méthodologique des praticiennes à l'égard de leur pratique est fort importante et demeure à explorer.

Pour les entretiens comme tels, les indices corporels d'accès à la posture de parole incarnée étaient nombreux pour l'ensemble des locutrices. Toutes s'y sont engagées au plan réflexif, bien que quelques-unes semblaient par ailleurs incertaines quant au sens de l'entretien, ce qui fut source temporaire de déstabilisation. La durée des entretiens fut moins longue qu'anticipée. Mais est-il possible et souhaitable, avec une telle méthode d'entretien, de parler d'une intervention plus longuement que sa durée réelle? C'est que le mode de communication privilégié est le récit, et la modalité *récit* refuse de se développer au-delà des exigences narratives. Une travailleuse sociale nous dit que l'entretien correspondait à ce qu'elle dit à ses collègues lors du partage du vécu de l'intervention, mais dans une version longue. Elle affirme que «en général, 2 ou 3 minutes suffisent». Même si les intervenantes peuvent parler longuement de leurs classements, des formes élémentaires identifiées, des choix qu'elles ont faits, entre autres, il appert que le *faire* et le procédural demeurent objets de peu de paroles, et ce pour les deux groupes professionnels.

Les rencontres interprofessionnelles de corridors sont de toute évidence des plus importantes dans le travail interdisciplinaire des infirmières et des travailleuses sociales. Mais elles sont, de nature, insaisissables à l'observateur, car éphémères, en général très courtes et imprévisibles, dans une langue de proximité pas toujours explicite à l'étranger. Theureau (1981) a démontré que les échanges, fonctionnels ou non, entre infirmières duraient en moyenne moins d'une minute, selon lui du fait du caractère fragmenté de leur tâche. Les lieux ouverts, comme la salle des infirmières du module de soutien à domicile, sont alors des sites privilégiés pour l'observation de ces événements fugaces. Si nous n'avons pu en objectiver facilement les contenus, nous avons pu leur donner un certain sens, notamment quant à la production des récits-client ou au nécessaire ajustement mutuel dans les bureaucraties professionnelles. Là, sans aucun doute, se réalise une grande partie, voire la majeure partie, de l'interdisciplinarité pratique. Cependant, la variété des rencontres d'organisation du travail qu'implique une si grande variété de personnels laisse aussi croire que l'interdisciplinarité pratique est affaire de coordination effective du travail. Toutes nos observations d'une journée de travail d'une praticienne nous permettent d'affirmer que la part de l'articulation des services, et ce tant au plan interne qu'externe, constitue une portion relativement secondaire du travail en termes de budget temps, mais néanmoins fort substantielle au niveau de la réalisation même du travail. Car si le case work comme tel permet de réaliser la mission organisationnelle, politique et professionnelle, l'articulation inter et intra-établissement en constitue la pleine réalisation politique et sociale.

Bien que nous exposerons toute l'information pertinente lors de la présentation des résultats dans les prochains chapitres, il importe ici de souligner une première surprise au plan de la cueillette des données. Les praticiennes, dans l'ensemble, n'aiment pas trop dire leur *faire*, et il leur semble difficile de dire le procédural de leur pratique. C'est que l'intervention est davantage un projet qu'un *faire*, et moins un objectif qu'un processus. Les caractéristiques formelles de l'intervention sont somme toute secondaires aux projets et aux processus qu'elle met en œuvre. Nous avons également été frappé de constater à quel point la mise en mots de l'intervention se déroulait selon un mode extensif de catégorisation qui provoque une forte tonalité d'évidence. Tous les entretiens s'ouvrent invariablement par l'énonciation des catégories les plus significatives pour présenter et synthétiser le récit-client à l'interlocuteur *chercheur*.

Après la collection des données, la longue étape de la transcription que nous avons réalisée nous-même, a permis d'élaborer peu à peu des catégories et des préconcepts qui émergent tout au long de l'écriture de la thèse. À cette longue étape s'ajoute un plus longue encore, celle du traitement des données. Ces deux temps de la tâche, trop souvent zones d'ombre de la recherche, ont été déterminants dans le maintien du devis inductif, hors du terrain. Cette lenteur, qui permet la rédaction de quantités de notes, nous apparaît, au plan méthodologique, cruciale et critique à la réalisation de la théorisation ancrée.

Enfin, au terme de l'analyse, nous avons réalisé trois rencontres avec une majorité des vingt participantes. Ces rencontres de discussions épistémologiques portaient sur la première version des schèmes communs. Les informations recueillies ont été réintroduites dans la seconde vague d'analyse.

5.2 Le C.L.S.C.

L'organisation dans laquelle se sont déroulées les activités d'observation et les entretiens de recherche est un C.L.S.C. de la grande couronne de Montréal. Situé à la périphérie de cette couronne, le C.L.S.C. en question dessert un territoire vaste, semi-rural, et une municipalité centre, capitale sous-régionale. Ces deux caractères conjugués expliquent en bonne partie une caractéristique socio-démographique déterminante pour ce C.L.S.C., soit la présence d'une population dont le groupe des personnes âgées de plus de 65 ans correspond au double de la moyenne québécoise, soit environ 18% au lieu de 9%. Cette donnée explique la forte pression exercée sur les services de maintien à domicile, par exemple. En outre de cette dimension démographique, la situation périphérique du territoire du C.L.S.C. fait en sorte que la communauté de base n'est pas réellement une véritable banlieue, bien qu'elle voit une partie substantielle de ses forces vives résider dans les villes voisines, plus proches de Montréal.

L'organisation fut fusionnée il y a quelques années avec le C.H.S.L.D. de la région. Cette fusion se réalisa à partir de deux sites principaux, ayant chacun leur historique, leurs accréditations syndicales, etc. En fait, malgré les efforts des administrateurs, il est facile d'observer une double culture organisationnelle. Par exemple, le modèle conceptuel de référence pour les infirmières du C.L.S.C. est le modèle McGill alors qu'au C.H.S.L.D. il s'agit du modèle Henderson ; le travail se conçoit alors différemment. Les principaux liens qui

unissent les deux établissements sont donc d'abord administratifs, à travers l'unification de divers services internes, et professionnels au niveau du module de soutien à domicile pour qui le C.H.S.L.D. s'inscrit dans une séquence de travail importante : les cas les plus lourds, en bout de trajectoire institutionnelle, sont placés dans cette institution. Afin de ne pas introduire le facteur des différentes cultures d'organisation, et pour diverses raisons pratiques, notre cueillette de données s'est concentrée au C.L.S.C., avec son point de service au centre-ville. Mais ce choix s'appuie également sur une hypothèse de travail posant l'institution C.L.S.C. comme condition empirique de la diffusion et de la mise à l'épreuve de la notion même d'interdisciplinarité. Rappelons à ce propos que la Commission Castonguay-Nepveu conçut les C.L.S.C. comme des lieux novateurs où s'expérimenterait la rencontre de l'action sociale et de l'action médicale (Lesemann, 1981 ; Roy, 1987 ; Gouvernement du Québec, 1972).

En fait, l'institution C.L.S.C. en tant que telle constitue la réalisation organisationnelle de ce que nous considérons comme une forme de métissage des paradigmes psychosocial et médical qu'exprime l'idée même d'intervention. Ainsi, si d'un point de vue disciplinaire les distinctions demeurent fondées (au moins symboliquement et statutairement), du point de vue de l'État et de la rationalité moderne qui le sous-tend, la modalité de gestion du social qu'est l'intervention dénie en grande partie ce clivage disciplinaire. Par exemple, la désignation *agent de relations humaines* permet de combler les postes en question par un grand nombre de catégories professionnelles. En outre, des infirmières peuvent exercer des fonctions jadis dévolues à des travailleuses sociales.

Au plan organisationnel, le C.L.S.C. se découpe en trois modules. Outre le module administratif, où les compétences managériales donnent accès aux postes, nous trouvons un module dit de première ligne, ou de services courants, ainsi qu'un module de soutien à domicile. Le module de première ligne se compose en majorité de travailleuses sociales et d'une minorité d'infirmières, alors que le module de soutien à domicile présente une proportion quasi inversée ; dans les deux cas, environ 20 % du personnel correspond au groupe professionnel minoritaire. Mis à part le personnel de support logistique, on retrouve quelques autres professionnelles spécialisées : deux psychologues au module de première ligne, quelques médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, auxiliaires familiales et sociales, nutritionnistes, en outre de diverses catégories moins nombreuses. Les deux

modules de services directs à la population sont tous deux gérés par des infirmières cadres, alors que la direction générale est assumée par une personne provenant des sciences sociales, mais pas du travail social en tant que tel. Dans le cas du module de première ligne, où le nombre d'infirmières est nettement inférieur à celui des travailleuses sociales, un poste non décisionnel de soutien à la coordonnatrice a été créé pour le support clinique des travailleuses sociales, poste dédié à l'une d'entre elles. D'autres services sont également présents : ligne téléphonique Info-santé, clinique du diabète, équipe en santé et sécurité au travail, etc.

Ce C.L.S.C. se caractérise par l'absence d'une clinique de médecine générale. Cette absence a une incidence sur l'achalandage mais aussi, voire surtout, sur l'organisation et la division explicite et implicite du travail. Les ressources professionnelles sont entièrement dédiées aux missions premières d'un C.L.S.C., dont les missions psychosociales, de soutien à domicile, de prévention/promotion, etc. Ces missions ne sont donc pas assujetties aux impératifs de l'organisation du travail qu'impose une clinique de médecine générale. Les médecins de l'organisation oeuvrent au sein de programmes en place tels que le soutien à domicile, la clinique jeunesse, les programmes de santé et sécurité au travail.

Le C.L.S.C. planifie actuellement un passage à l'organisation du travail de type *case management* pour le module de soutien à domicile, ce qui impliquera une intersectorialité forte et probablement un changement substantiel dans la division interne et sectorielle du travail. Les infirmières deviendraient, avec les auxiliaires familiales, les principales ressources de proximité, avec toute la signifiante relationnelle que cette proximité génère, alors que les travailleuses sociales se verraient attribuer le rôle d'évaluatrice-administratrice de programmes, avec un travail d'urgence sociale auprès des cas lourds ou en crise.

5.3 Les groupes professionnels

Il est clair qu'au plan organisationnel les infirmières occupent une position forte dans l'organisation. Ainsi, leur rôle de gestionnaire des deux principaux modules du C.L.S.C., ainsi que leur forte présence dans la ligne hiérarchique, en sont des indicateurs. Ce fort dynamisme dans les lieux de pouvoir leur permet, notamment par le travail de certains cadres, de faire reconnaître ou avancer des dossiers typiquement liés à leurs intérêts corporatifs. Il est à noter que la Loi 120 sur le système de santé et des services sociaux prévoit et autorise un tel

dynamisme par l'obligation de créer pour chaque établissement une instance consultative propre aux infirmières, le Conseil des infirmiers et infirmières, qui leur permet d'avoir un lieu de convergence identitaire et un moyen de promotion de leurs intérêts corporatifs. Nous avons constaté à maintes reprises le dynamisme de ce Conseil qui dépose de nombreux dossiers aux instances décisionnelles du C.L.S.C. Le Conseil des infirmiers et infirmières est encouragé par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ; il semble d'ailleurs y avoir synergie entre les deux institutions dans une perspective de promotion et de développement de la profession. En outre, les infirmières ont l'obligation légale d'adhérer à leur ordre professionnel, ce qui leur donne une légitimité forte et des moyens importants, en outre d'une certaine convergence identitaire.

Cette possibilité institutionnelle n'est pas présente au même titre pour les travailleuses sociales. En fait, le législateur a plutôt prévu un conseil, dit multidisciplinaire, regroupant tout professionnel qui n'est ni médecin ou dentiste, ni infirmière. Au-delà du débat que cela soulève, constatons que ce choix ne reflète pas la composition socioprofessionnelle des C.L.S.C. où les travailleuses sociales sont, avec les infirmières, le groupe professionnel le plus volumineux⁵⁷. Dans les faits, ce lieu n'est nullement investi par les travailleuses sociales, ni par les autres professionnelles, d'ailleurs. Le Conseil multidisciplinaire, dans ce C.L.S.C., comme en d'autres, n'est pas fonctionnel. Ainsi, l'un des deux groupes piliers de l'organisation se retrouve sans voix officielle, alors que l'autre peut se doter d'une stratégie dynamique de promotion interne. En fait, le Conseil multidisciplinaire apparaît comme un reliquat d'une structure formelle jamais réalisée ; il n'apparaît d'aucune façon comme un enjeu actuel pour les travailleuses sociales. La participation à une telle instance ne donnerait pas accès à de libérations de tâche, certains cadres pourraient y être présents, et la fonction consultative apparaît pour les travailleuses sociales les plus dynamiques d'abord comme un mécanisme d'inculcation idéologique univoque. Plus fondamentalement, le Conseil multidisciplinaire rencontre la difficulté qu'il porte en son titre, soit la difficulté de mettre ensemble différentes professions, laissées pour compte par les autres instances, mais dont les intérêts collectifs sont au mieux incompatibles aux autres, si ce n'est contradictoires.

⁵⁷ Sans doute qu'à défaut d'être représentatif du nombre, cela traduit le statut social de ce groupe professionnel aux yeux du législateur.

Dans une certaine mesure, le syndicat apparaît comme un lieu d'investissement possible pour les travailleuses sociales. Par ailleurs, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, qui protège non pas l'acte mais le titre de la profession, ne constitue pas une force agissante perceptible à l'observateur au niveau de l'organisation. L'adhésion à l'Ordre étant facultative, une majorité des travailleuses sociales de cet établissement ne sont pas membre de leur ordre. Ainsi, la majorité des employées ayant un baccalauréat en travail social portent leur titre de fonction (agent de relations humaines) plutôt que leur titre professionnel.

À l'intérieur de l'organisation, comme plus largement dans la société, les infirmières sont en forte promotion sociale et en développement professionnel accéléré, alors que les travailleuses sociales sont soit en mobilité sociale descendante ou en stagnation sociale, selon le point de vue. Par exemple, ce groupe professionnel est le dernier parmi les professions au statut social similaire (psychologie, psycho-éducation, etc.) à avoir le baccalauréat comme unique condition d'accès à la pratique.

Lors d'activités politiques, tel que le Conseil d'administration, infirmières et travailleuses sociales sont désignées comme les intervenantes au cœur de la mission du C.L.S.C. Cela ne traduit pas forcément leur pouvoir interne réel, les médecins ayant un pouvoir beaucoup plus grand que les deux groupes professionnels à l'étude, malgré leur relativement petit nombre. Leur pouvoir est à ce point grand qu'ils peuvent se soustraire à des règles de régie interne obligatoires pour les autres groupes professionnels (par exemple, certaines règles d'archivage). En outre, en raison de pénuries, les professions médicales et paramédicales (surtout ergothérapie et physiothérapie) ont acquis un certain pouvoir au sein du réseau.

Plus spécifiquement pour les infirmières

Le modèle conceptuel McGill fut élaboré à l'université du même nom par Allen et fut diffusé à peu près en même temps que s'édifiait le modèle conceptuel des C.L.S.C., élaboré lors de la Commission Castonguay-Nepveu. En fait, ces deux modèles participent d'une même mouvance intellectuelle, communautarienne, humaniste et holiste. Le modèle conceptuel de la Commission posait le projet de *développement social* et la cible du *bien-être social* (Gouvernement du Québec, 1972 : 190) alors que le modèle McGill pose la *promotion de la santé* et la cible de la *santé globale* (Martin, 1992). Il était donc tout naturel que ces modèles se

rencontrent en C.L.S.C. et favorisent ainsi le développement de pratiques interprofessionnelles, puis interdisciplinaires. Le modèle McGill se fonde clairement sur le caractère relationnel du travail des infirmières. Ainsi se définit le nursing : «Science de la santé centrée sur l'interaction qui consiste en une réponse professionnelle à la recherche naturelle d'une personne pour vivre en santé» (Martin, 1992 : 44). Le modèle, au moins dans sa présentation francophone, tend à poser l'intervention comme mise à l'œuvre et mobilisation de soi (Martin, 1992 : 3) et comme modèle qui «oriente sur la façon d'agir (interventions)» (Martin, 1992 : 17).

Dans ce C.L.S.C., il y a une volonté affichée d'embaucher des infirmières bachelières. Celles-ci sont estimées plus aptes à rencontrer la complexité des exigences du modèle McGill et du travail en C.L.S.C. Elles seraient en outre moins technicistes que les techniciennes en nursing. Pourtant, nous n'avons pu observer de différences ostensibles en fonction des niveaux de diplomation. Le critère de l'âge nous est apparu plus nettement discriminant que celui de la scolarité pour observer des différences dans le style de pratique. La pénurie relative de main-d'œuvre diminue la capacité de l'organisation à réaliser le projet d'embaucher des infirmières bachelières. Les infirmières cadre sont très actives dans la promotion de ce critère de sélection.

Malgré ou par-delà les modèles conceptuels plus relativistes inspirés du modèle McGill, les infirmières ont de toute évidence un grand désir de *vrai* dans leur pratique, ce qui fait que les zones d'incertitude leur sont intolérables. Nous avons fréquemment observé des infirmières en appeler à la constitution de protocoles pour réduire *a minima* l'incertitude en question. De même, un nouveau traitement, un nouveau type de pansement, ou toute autre nouveauté technique, déclenchent un vif intérêt à la discussion, où chacune participe frénétiquement jusqu'au moment où l'incertitude sera réduite. L'élément en question fera par la suite l'objet de peu de paroles. Le *vrai* en question nous apparaît cependant moins celui de la science que celui de la technique.

Les infirmières nous ont semblé avoir un plus grand nombre de contraintes que les travailleuses sociales au niveau de l'organisation du travail. Par exemple, les infirmières du soutien à domicile ont un système de rotation des clientèles aux trois mois, ce qui complique l'établissement d'un lien significatif et la participation aux activités multidisciplinaires

entourant la production d'un plan de services individualisé. De même, les infirmières de première ligne, en outre de leur travail au niveau de programmes ou de services, en périnatalité, par exemple, se voient mobilisées périodiquement pour réaliser de vastes campagnes prophylactiques (vaccinations), ce qui entrave le déploiement dans la durée de certaines relations cliniques. De façon générale, elles ont à remplir avec grande précision quantité de dossiers et cardex (soit des outils de transmission des activités de traitement), des outils de planification des fournitures et des requêtes de toutes sortes; cela va jusqu'au type de crayon à utiliser pour remplir ledit cardex. De plus, le travail incessant de mise en ordre des cardex, de gestion des agendas, d'organisation des services avec des collègues et de transfert de dossiers, s'ajoutent à l'important travail de rédaction administrative. Ce type d'activités, en certains secteurs comme le soutien à domicile, prend un portion importante du temps de travail. Les travailleuses sociales ont une moins grande charge de travail de ce type. Par contre, elles ont une tâche importante de rédaction administrative et parajuridique au niveau des outils d'évaluation et des formulaires qui engagent des programmes. Leur horaire demeure plus souple, mieux adapté aux aléas des relations avec les clientèles.

Pour les infirmières, nous avons observé que les usages des concepts de *soins*, d'*actes* et d'*actes délégués* expriment une sémantique d'abord légale et formelle, par exemple lors de présentations devant une instance décisionnelle, puis une sémantique intraprofessionnelle pour référer à un objet du travail très formalisé. Les lexiques organisationnels et interprofessionnels sont par ailleurs clairement ceux de l'intervention.

Pour certaines tâches, comme en périnatalité, il n'est pas évident qu'un observateur moyen pourrait identifier d'emblée la discipline de l'intervenante, sauf pour de très courts moments strictement nursing. En fait, le nursing nous a paru parfois comme un simple complément, une valeur ajoutée, à une pratique psychosociale réalisée par des infirmières. Néanmoins, il existe une ligne de partage disciplinaire (mais en fait pratique) entre infirmières et travailleuses sociales. Pour les infirmières, une situation si complexe qu'il ne leur est pas possible de produire un récit-client stabilisé les invite à demander l'intervention d'une travailleuse sociale dans le dossier «pour trouver le vrai problème». De même, tout dossier devenant psychologiquement lourd, ou mettant en cause des problèmes strictement sociaux, comme l'extrême pauvreté, fait l'objet d'une référence à des travailleuses sociales. Si l'abord

de certains contenus traduit certes qu'il s'agit d'infirmières, la façon de concevoir et de réaliser l'intervention nous a semblé très proche *a priori* de celle de leurs collègues travailleuses sociales.

Il est connu que les travailleuses sociales débattent beaucoup sur le thème de leur identité professionnelle. La crise, dont la crise identitaire, apparaît même comme une «thématique récurrente» du travail social (Deridder, 1997 : 23). Il est ainsi possible de comprendre le «malaise» (Troutot, 1982) des travailleuses sociales pour qui, selon De Montmollin :

[...] il y a des tâches sans production, et même sans objectifs définissables. Des tâches sans critères évidents de réussite, ou, ce qui dans la pratique revient au même des tâches dont les productions sont si secrètes ou si lointaines qu'elles échappent à l'analyse. Exemple extrême, mais réel : la plupart des travailleurs sociaux. [...] Supprimer le travailleur social, la société continue apparemment comme avant. Tout est dans cet «apparemment», bien entendu. Mais travailler uniquement à partir d'une certitude *a priori*, ou d'une foi, n'est pas une condition de travail souhaitable. Le statut psychologique des travailleurs sociaux, qui passent leur temps à s'interroger sur leur identité (en fait, leur production) n'est pas toujours enviable. (1986 : 32-33)

Nous avons observé de telles discussions chez les travailleuses sociales. Or, les discussions ayant une fonction de même ordre chez les infirmières participent d'une toute autre perspective. Nous avons par exemple observé une discussion d'équipe en périnatalité sur le sens du nursing, mais un sens prospectif. Ces infirmières s'interrogeaient à savoir jusqu'où devaient-elles aller dans le dépassement des limites de leur profession. Une infirmière affirme : «dans le fond, on est des travailleuses sociales». Le cadre rectifie comme suit : «On est pas des t.s., mais on fait de la relation d'aide, et on est bien placées pour faire l'approche bio-psycho-sociale.» Ce qui fait consensus pour toutes les intervenantes, c'est l'idée que celle d'entre elles la mieux placée pour réaliser une intervention sera celle qui aura le lien le plus significatif avec le client. Ici, la proximité au corps des infirmières et leur aura positif et neutre leur procurent un avantage symbolique sur les travailleuses sociales. Ce débat est fort présent chez les infirmières et est clairement perçu comme une menace par les travailleuses sociales. Cependant, dans les faits, nous avons observé de nombreux passages interprofessionnels qui laissent croire que les infirmières, pour des raisons tant pratiques que conceptuelles, souhaitent refiler les cas lourds au plan social, mais aussi au plan administratif, aux travailleuses sociales. Ainsi, la *relation d'aide* est une voie de dépassement professionnelle et de réalisation personnelle des infirmières en autant qu'elle n'entrave pas le cœur de leur

pratique typiquement *nursing*. Sur un plan pratique, en l'absence de travailleuses sociales dans un dossier, les infirmières en prennent plus large. On leur accorde en outre un devoir de veille clinique et sociale qu'elles réalisent dans la proximité du corps et la quotidienneté des soins. Au module de soutien à domicile, elles partagent avec les auxiliaires familiales et sociales cette fonction de veille clinique.

En périnatalité, les infirmières participent tout à fait de l'approche humaniste et relativiste des travailleuses sociales de première ligne, comme les infirmières du programme de santé et sécurité au travail sont proches de la gestion de programme typique aux travailleuses sociales du module de soutien à domicile. À la différence près que pour ces infirmières, il est peu ou pas question d'agir sur les programmes, comme les travailleuses sociales tentent de le faire si fréquemment. Si elles partagent avec les travailleuses sociales cette position de femmes-frontière entre les services publics et les demandes, elles se posent moins comme interface (au sens d'une action bivalente sur les systèmes) que leurs collègues travailleuses sociales. Elles n'ont pas ou peu ce projet de transformation sociale caractéristique de l'*ethos* professionnel des travailleuses sociales.

Chez les infirmières scolaires, le lexique de l'intervention se réfère très clairement à la santé publique. Elles recherchent et revendiquent des protocoles toujours plus précis pour réaliser le dépistage ou la prophylaxie. La part relationnelle est ici reléguée à l'ombre du bureau à l'école, et se voit très clairement contrainte par les exigences des campagnes de santé publique, dont au premier titre les campagnes de vaccination.

Lors d'une discussion en périnatalité, nous avons observé que les infirmières faisaient le compte rendu des formations auxquelles elles avaient assistées. La plupart étaient des formations typiques au travail social, sauf une plus spécifique au nursing, plus technique, et qui fut très vite présentée. Les autres formations semblaient plus stimulantes pour ces infirmières, qui exprimaient leur insatisfaction quant à l'écart entre leur formation techniciste et positiviste et l'humanisme qu'elles souhaitent réaliser à travers leur adhésion convaincue au modèle McGill.

Nous avons également assisté aux activités de promotion de la semaine des infirmières, dont le thème traduisait fort bien ce rapport entre sciences du vrai et sciences de l'incertitude que nous entrevoyons chez les infirmières. Ce thème se libellait comme suit : «Une expertise qui vient du cœur». Une telle formulation exprime à la fois l'ancrage positif des infirmières dans la science, et leur désir de faire valoir et reconnaître la part relationnelle de leur travail. Cette journée a donné lieu à une activité publique à laquelle un grand nombre d'infirmières ont participé, en la présence des cadres. Entre autres, cette activité aura permis de problématiser publiquement une question centrale pour le développement de la profession infirmière, soit l'élargissement du champ de pratique, et donc du champ de connaissances, vers des champs de pratiques connexes. Le dynamisme des infirmières est à cet égard tout azimut : vers le bas du côté des infirmières auxiliaires, latéral par un élargissement vers le social, vers le haut par le travail de reconnaissance juridique des infirmières cliniciennes qui grignoteront le droit de réaliser des diagnostics jusque là dévolus aux seuls médecins.

Notre analyse de l'importance du rôle du concept de *diagnostic infirmier* dans l'évolution du groupe professionnel fut considérablement remise en cause par l'observation. En fait, ce concept est de peu de signification en pratique. Il semble en effet qu'il n'aura eu qu'une courte vie, comme étape intermédiaire permettant d'accéder au véritable enjeu : celui d'avoir le droit entier de formuler des diagnostics (sans qualificatif) pour certains secteurs de leur activité. La *nurse practitioner* aura un champ d'expertise lui permettant de formuler des diagnostics jusque là chasse gardée de la médecine. Ce modèle se développe au Canada anglais et aux États-Unis et est en voie de réalisation pour le Québec, notamment par l'introduction d'infirmières assistantes chirurgiennes qui peuvent réaliser des interventions chirurgicales secondaires à celles du médecin (par exemple prélever une veine de la jambe pendant que le chirurgien prépare le pontage coronarien). L'ancien concept de diagnostic infirmier confinait les infirmières à leur secteur d'activité strictement nursing. Il faut souligner que ce bémol à notre analyse n'invalidé pas le cœur de notre thèse à ce propos. Le concept de diagnostic infirmier, avec les *interventions* associées à chacun des diagnostics, traduit tout de même un changement dans la conceptualisation de la pratique des infirmières, notamment par une lente rationalisation du travail qui leur permis de prétendre au statut de *grand* associé aux sciences exactes.

Au plan de l'interprofessionnalité et de l'intersectorialité, les infirmières se perçoivent comme les intervenantes pivot puisqu'elles peuvent accéder aux pratiques sociales, alors que la réciproque est bien entendu refusée aux travailleuses sociales. Mais dans les faits, la proximité des travailleuses sociales aux tâches administrative reliées à la mobilisation des programmes, ce que les infirmières ne souhaitent pas toujours faire, leur confère un avantage stratégique indéniable. D'ailleurs, les travailleuses sociales résistent à transférer de telles tâches aux infirmières, sans doute conscientes de l'enjeu nouveau qu'est celui du contrôle du titre informel d'intervenante pivot dans un contexte de développement des modèles de management de cas.

Lors de réunions d'équipe ou de réunions impliquant des infirmières d'un même service dans différents établissements, des informations techniques sont diffusées, souvent très rapidement, mais avec un intérêt dès plus intenses. Nous employons le terme *technique* puisqu'il ne s'agit que très rarement d'argumentaires à proprement parler scientifiques. L'information est de cet ordre : le nouveau produit s'applique ou agit de telle façon, sans plus. Au besoin, l'infirmière qui présente l'élément nouveau appuiera sa présentation sur un appel à l'autorité («J'ai appelé à St-Justine» ou «Le représentant de la compagnie me l'a dit»). L'intensité et la rapidité de telles séquences nous indique que ces informations techniques ont un statut particulier, soit celui de la nécessité technique et du peu de signifiante au plan existentiel. Une part importante des échanges entre infirmières visent à arrimer des protocoles, notamment des protocoles administratifs tels que ceux qui régulent les transferts de dossiers. Les échanges sur la technique (ex. : modalité d'application d'un médicament) sont donc courts, précis, et n'ouvrent pas sur une discussion engagée, comme si l'action des infirmières découlait de nature des diverses modalités d'une méthode générale, ici expérimentale. Par exemple, le nouveau questionnaire préalable à l'obtention de la pilule du lendemain ou la nouvelle fiche santé à remplir en milieu scolaire ont été présentés en réunion d'équipe. Chacune de ces formules implique des protocoles d'intervention qui ont fait l'objet d'une présentation précise, mais de peu de débats. Ce qui fait débat, c'est la capacité de ces formulaires à enclencher les bons protocoles. Chez les infirmières, le protocole d'intervention et le plan d'intervention sont parfois synonymes. Dans la vérité du diagnostic, le plan d'intervention ne se négocie pas, il s'impose de lui-même, comme application spécifique d'un protocole validé. Pourtant, l'idée même du plan d'intervention, tel que prévu par la Réforme

Côté (Gouvernement du Québec, 1990), se veut comme une composition d'actions plus complexe que l'application de simples protocoles. Lorsqu'un plan d'intervention est initié par une travailleuse sociale, certaines infirmières hésitent à y participer de crainte d'entraver la relation privilégiée qu'elles ont avec le client. Cependant, la diversité des objectifs poursuivis par certaines infirmières, comme en périnatalité, fait en sorte que l'intervention ne peut s'ancrer véritablement dans une telle méthode générale et les protocoles d'intervention associés ; le plan d'intervention devient alors pertinent, comme adaptation du *faire* à la complexité des situations.

Pour les infirmières de périnatalité, le premier contact avec le client est relativement facile dans la mesure où elles ont des approches leur offrant une légitimité d'intervenir peu menaçante pour les mamans : questionnaires de routine pour vérifier le retour de couche, offre de services (type O.L.O.), offre d'aller à domicile pour peser bébé et, surtout, désir de savoir si bébé va bien dans un moment critique de la vie de la mère, le *post-partum*. Évidemment, tous les petits bobos de bébé et les questionnements de la mère quant aux relevailles et à l'élevage des enfants permettent d'établir un bon contact. Cette diversité de perches tendues est souvent suffisante pour établir un premier contact assez significatif pour se poser *de facto* comme intervenante pivot. Ce lien peut également servir à dépister des problèmes graves pour lesquels la Protection de la jeunesse, par exemple, pourra être mobilisée.

Les infirmières accordent une grande importance à l'élaboration d'une mise en récit du problème du client par ce que nous nommons le récit-client. Par exemple, au terme d'un appel à domicile d'une jeune maman, l'infirmière se tourne tout de go vers ses collègues et lance à la volée les grands morceaux d'informations structurant le récit-client. Aux informations provenant de la mère elle ajoute des informations provenant d'autres sources.

La présentation ressemblait à ceci :

Le bébé est né hier, 5 livres seulement, agar de 8-8-9. La mère est inquiète, le père est pas là, mais la grand-mère est présente. La Protection de la jeunesse est intervenue pour son premier enfant, mais pas de mesures de prises. Il paraît que la mère boit pas mal. Elle est intéressée à ce que j'aille peser bébé la semaine prochaine, je vais lui offrir O.L.O., puis on verra.

Ses collègues commenteront, jetteront des ponts avec d'autres dossiers, donneront des informations sur le cas, parfois apporteront des rumeurs concernant la cliente. L'infirmière cadre sera interpellée lorsqu'elle passera, pour refaire l'exercice, puisqu'il pourrait s'agir d'un cas de Protection de la jeunesse. L'équipe discute du manque de suivi des procédures de référence par les intervenantes de l'hôpital. Le cadre confirme que c'est un cas admissible au programme X ou Y. Par la suite, l'infirmière visiteuse ramènera les éléments nouveaux, souvent de façon informelle, et elle énoncera clairement ses divers diagnostics sur la situation. Au terme de l'exercice, chacune des infirmières aura un récit-client relativement proche de l'autre. Ce transfert d'informations sur la cliente et les possibles institutionnels et programmatiques n'a pas de visées pratiques immédiates autres que celle de produire un récit-client faisant largement consensus. La séquence a ceci d'intéressant qu'elle met en lumière l'articulation des informations sociales et nursing, où les informations du corps sont présentées dans un rapport d'évaluation de la gravité des affaires de l'âme. Ici, l'interdisciplinarité *dans la tâche* infirmière est évidente.

Au plan de l'organisation spatiale, la plupart des infirmières ont des bureaux à aire ouverte, contrairement aux travailleuses sociales. *De facto*, ces agoras organisationnelles favorisent l'élaboration des récits-client et se constituent en lieux de rencontres interprofessionnelles. Dès son arrivée dans une aire ouverte comprenant une dizaine de bureau, une infirmière informera à la ronde ses collègues de nouveaux éléments qu'elle rapporte de sa visite à domicile. Les bureaux individuels des travailleuses sociales, à aire fermée et configurés pour le case work, sont les lieux plus sélectifs de l'introspection interprofessionnelle, des sujets délicats, de la pression faite sur un pair, du respect de la confidentialité, etc. Il semble relativement fréquent que les infirmières y viennent pour mobiliser une travailleuse sociale, surtout sur le mode «Ça a plus de bon sens, faut faire quelque chose, ça va craquer.»

Plus spécifiquement pour les travailleuses sociales

De façon générale, l'appellation officielle *travailleuse sociale* est secondaire aux diverses appellations institutionnelles, et ce même pour les travailleuses sociales membre de l'Ordre. Elles se désignent d'abord comme employées du C.L.S.C., d'un tel service, ou comme *intervenante sociale*, soit la désignation institutionnelle et pratique première. L'appellation

agent de relations humaines sera surtout reléguée aux désignations administratives interétablissements et aux affaires syndicales.

De toute évidence, les travailleuses sociales sont les expertes des processus organisationnels et programmatiques. D'ailleurs, les autres expertises possibles, par exemple au niveau des problématiques ou des méthodes spécifiques, sont peu l'objet de discussions en réunions d'équipe. Le focus premier de ces rencontres concerne l'actualisation des connaissances relatives aux ressources, aux nouvelles politiques, etc. L'observation nous a permis de constater que les infirmières interpellent d'ailleurs davantage les travailleuses sociales sur la base de leur connaissance des processus organisationnels que sur la base de leurs connaissances cliniques.

Nous avons observé une ligne de partage importante au sein du groupe des travailleuses sociales. D'une part de cette ligne se trouvent les travailleuses sociales qui se revendiquent d'une pratique de type psychothérapeutique et, d'autre part, celles qui se revendiquent d'une pratique communautaire d'inspiration théorique vaguement structurelle. Cette division s'atténue en pratique, notamment par le fait que nombre de tâches sont de plus en plus conçues à travers le prisme de la psychothérapie. En fait, la pratique d'inspiration structurelle apparaît davantage comme un horizon théorique que comme une réalité empirique prévalante. Néanmoins, ce débat semble signifiant pour les travailleuses sociales puisqu'il pose une question importante pour ce groupe professionnel, soit la question de l'identité professionnelle et du sens de leur action professionnelle en regard du projet transformationnel fondateur de la profession, projet que même l'Ordre professionnel revendique (O.P.T.S.Q., 1998). Néanmoins, toutes participent, certes à des degrés divers, à cet *ethos* professionnel posant les valeurs de la justice sociale et du changement social au principe de leur action.

Au soutien à domicile, les travailleuses sociales ont un grand intérêt pour tout ce qui touche le biomédical. En réunion d'équipe, elles discutent d'Alzheimer, de soins palliatifs, de démence, de sclérose en plaques, entre autres, souvent dans le but de mieux comprendre ces maladies, leurs développements possibles, etc. Elles iront se former en la matière, assistant par exemple à un colloque interdisciplinaire sur le vieillissement du cerveau. Avec le temps,

elles acquièrent une quantité importante de connaissances au plan de la symptomatique. En fait, elles ont une très grande connaissance doxique paramédicale qui n'aboutit évidemment pas à une maîtrise technique des traitements ni à une application directe, même au niveau du simple conseil. Elles font un usage précis de ces savoirs, soit un usage d'évaluation de la trajectoire biomédicale de leurs clients pour pouvoir mobiliser les ressources adéquates à la situation. En outre, cette *doxa* biomédicale leur permet d'accéder à une certaine parole interdisciplinaire, en se posant, si ce n'est comme interlocutrices légitimes auprès des médecins et autres professionnelles paramédicales, au moins comme auditrices autorisées. Notons au passage que les travailleuses sociales doivent aussi manipuler une quantité importante de connaissances légales, mais toujours dans une perspective doxique.

Dans ce contexte, une tâche importante des travailleuses sociales au soutien à domicile sera de vérifier la mise en branle des programmes en tenant compte du contexte biomédical, des besoins physiologiques, des traitements en cours, etc. Cette tâche pose les travailleuses sociales du soutien à domicile comme intervenantes pivot *de facto*, puisque l'action de l'ensemble des professionnelles dans un dossier est d'abord une *mobilisation institutionnelle*. Elles apparaissent et se définissent comme courtières de services, au service d'un client. Une travailleuse sociale nous dit ceci à ce propos : «Je me sens comme une vendeuse Avon avec ma valise de services».

En réunions d'équipe multidisciplinaire, ou lors de rencontres interprofessionnelles, les travailleuses sociales coordonnent souvent les discussions, formulent des synthèses et sont considérées comme les spécialistes *ès* ressources. Lors de ces réunions, les travailleuses sociales se posent souvent comme médiatrices interprofessionnelles. Ce travail de médiation peut aller jusqu'à la mobilisation de leur pouvoir de conviction pour engager une autre professionnelle, une ergothérapeute, par exemple, à influencer sur un comité décisionnel, à la faveur d'un client commun.

Au plan existentiel, le point de rencontre premier entre les diverses disciplines se construit autour de généralités de la psychologie populaire comme celle-ci : «L'estime de soi est la base de l'individu et de l'intervention». Cela traduit le fait que le social constitue, si ce n'est ce *passage du nord-ouest* (Serres, 1980) tend recherché, à tout le moins cette terre de tous les

carrefours. Cela indique également l'importance de la dimension existentielle commune à tous ces métiers relationnels. En outre de ces savoirs de la psychologie populaire, les savoirs d'expérience, car issus d'une même communauté pratique, les rapports aux clients ainsi que l'ensemble des invariants praxéologiques forment autant de lieux de rencontre interdisciplinaire. Ce qui semble clair, c'est que la discipline d'origine comme telle, ni le champ de pratique, ne sont les lieux privilégiés de telles rencontres.

5.4 L'organisation du travail et les rapports interprofessionnels

Constatons d'abord que de toute évidence infirmières et travailleuses sociales incarnent le projet même de l'organisation C.L.S.C. Les trois employées administratrices au Conseil d'administration représentent la composition symbolique professionnelle de l'organisation : un travailleur social, une infirmière et une employée de soutien. Le Conseil d'administration ne constitue cependant pas un lieu d'investissement privilégié pour les deux groupes professionnels, préférant sans doute s'investir d'abord dans des instances disciplinaires ou syndicales.

Même si nous avons vécu intensivement près de trois mois dans les murs de l'organisation, nous n'avons pu observer directement de conflits interprofessionnels. De prime abord, il semble que la stabilité de l'organisation du travail, mais surtout le sens collectif de l'action (servir la population) et certaines valeurs professionnelles (humanisme, relativisme, désir d'intervenir, etc.) soient assez forts pour transcender les débats et *a minima* unifier les projets d'intervention. Les modalités d'action sont cependant objet de débats, la plupart du temps fort discrets d'ailleurs. Entre autres, les infirmières considèrent les travailleuses sociales comme lentes à intervenir et, à l'inverse, les premières sont considérées comme interventionnistes pas les dernières. Une travailleuse sociale nous dit de façon typique à ce propos que «Les infirmières sont trop interventionnistes. Elles veulent régler les problèmes, peu importe où la personne est rendue». Une demande provenant d'une infirmière concernant un client ne sera pas considérée d'emblée par la travailleuse sociale comme une demande officielle, exigeant une mobilisation immédiate, mais plutôt comme une information privilégiée qu'il sera nécessaire de vérifier. Du point de vue des infirmières, le passage d'un dossier à une travailleuse sociale relève de l'articulation des fonctions. Pour les travailleuses sociales, ce transfert procède plutôt du fait que l'infirmière a atteint son seuil limite de

compétence. De leur point de vue, les infirmières font tout ce qu'elles peuvent pour garder le client pour elles, puis réfèrent au moment où ce seuil est franchi. Ici, point une critique adressée aux infirmières quant à l'irrespect des champs disciplinaires.

On peut percevoir une certaine alliance entre auxiliaires familiales et sociales et travailleuses sociales contre les infirmières. Il est probable que cette alliance stratégique prend sens par un double compétition avec les infirmières. D'une part, infirmières et auxiliaires familiales et sociales se côtoient dans la proximité du corps et la quotidienneté des soins, alors qu'infirmières et travailleuses sociales sont en tension au plan organisationnel pour le contrôle symbolique de certains champs de pratique. Ainsi, certaines travailleuses sociales préféreront court-circuiter les infirmières en demandant aux auxiliaires d'être en veille clinique, et aux médecins les informations médicales plus spécifiques concernant le client en question. En outre, travailleuses sociales et auxiliaires familiales et sociales partagent une certaine stagnation professionnelle au sein des C.L.S.C. Nous avons assisté à une formation donnée par un travailleur social d'expérience à ces auxiliaires de façon à les outiller pour réaliser leur fonction de veille clinique. Le travail social apparaît d'ailleurs comme une voie possible de promotion sociale des auxiliaires familiales et sociales, certaines d'entre elles projetant d'acquérir une telle formation. Dans les faits, nous avons assisté à plusieurs réunions multidisciplinaires où participaient toujours une auxiliaire familiale, alors que travailleuses sociales et infirmières étaient tour à tour absentes. Cela a pour nous une signification principale, soit la reconnaissance des auxiliaires familiales et sociales comme principales témoins de proximité. Par contre, une infirmière qui fait de la rétention d'information sera considérée comme une entrave majeure à l'interdisciplinarité et à la réalisation du travail des travailleuses sociales du module de soutien à domicile.

Nous avons souligné précédemment que les infirmières ont, dans les faits, un accès au pouvoir, notamment au niveau de la ligne hiérarchique. En regard de ce pouvoir gestionnaire certes important, les travailleuses sociales occupent une place stratégique au sein de l'accueil où se réalise la première évaluation et l'orientation de la demande. Ainsi, la porte d'entrée au C.L.S.C. est plutôt sociale, en ce sens que même une demande de soutien à domicile peut s'initier par une dimension d'épuisement, de risque suicidaire, de faiblesse des réseaux du clients, etc. L'implantation prochaine du management de cas pour le soutien à domicile

pourrait soit confirmer ce pouvoir d'orientation, ou ouvrir la porte au travail des infirmières en la matière, comme c'est le cas en d'autres C.L.S.C. Cela entraînerait une reconfiguration de l'équilibre des pouvoirs et des prestiges qui pourrait soulever des conflits interprofessionnels.

Si ce n'est de conflits ouverts, nous avons tout de même observé des pratiques silencieuses faisant en sorte de limiter les collaborations interprofessionnelles. Par exemple, l'unique infirmière d'une équipe, jugée trop interventionniste et trop envahissante dans le travail des travailleuses sociales, ne fut pas remplacée alors qu'elle quittait pour maladie. Il semble que les travailleuses sociales de cette équipe préfèrent référer directement aux médecins plutôt qu'à une infirmière. Au sein d'une autre équipe, en grande majorité composée d'infirmières, les réunions d'équipe portaient en grande partie sur le partage d'informations quant aux diverses techniques d'intervention psychosociale. Le travailleur social présent se positionne alors ostensiblement hors du débat et n'acquiesce que mollement aux demandes de transfert d'informations. En retrait, il participe peu, refuse tacitement de leur donner de la formation, tout en refusant la confrontation explicite : il n'y a pas d'objet positif à débattre. Il se contente de relativiser quelque peu certains jugements des infirmières et de donner de l'information procédurale et publique, de toute façon accessible.

Lors d'une activité de groupe auprès de jeunes mères, l'infirmière a un avantage que le travailleur social n'a pas auprès des clientes. Celles-ci abordent l'infirmière pour parler des affaires du corps, dont le caractère d'objectivité apparaît moins menaçant que les affaires de l'âme, forcément plus normatives.

Pour l'ensemble des tâches prises une à une, chacune sait ce qu'elle doit faire. La rencontre interprofessionnelle, voire interdisciplinaire, porte alors surtout sur le transfert de dossiers entre infirmières et travailleuses sociales, entendu comme continuité organisationnelle des services. L'essentiel de ce travail se passe alors en réunion d'équipe focalisée sur les diverses modalités de la coordination interprofessionnelle. Cependant, une part des plus importantes de cette activité se déroule selon une activité d'ajustement mutuel (Mintzberg, 1982) qui se réalise surtout en discussions de corridors, en grande partie non planifiées. Même les activités d'équipe multidisciplinaire ne semblent pas avoir un niveau de signification équivalent à ces discussions informelles. Elles ont évidemment moins une fonction officielle d'organisation

des services que d'unification des récit-clients : cela fait, chacune, ou peu s'en faut, sait ce qu'elle doit faire et retourne à son activité relativement autonome. La multiplicité des récits s'atténue donc au cours de la rencontre multidisciplinaire pour se stabiliser peu à peu en un récit-client relativement unique, bien que parfois à multiples voix, comme autant de figures disciplinaires. C'est dans cette activité de production des récits-client que se réalise l'activité interdisciplinaire pratique la plus importante. Les possibles de l'interdisciplinarité s'arriment donc en grande partie aux possibles de ces rencontres. La rétention d'information peut alors sembler comme une stratégie de repliement corporatiste. Néanmoins, des seuils problématiques et des protocoles d'engagement interprofessionnel font en sorte que le *travailler ensemble* soit, au plan organisationnel, un incontournable. De plus, une part très importante des rapports interprofessionnels se réalise par simple référence téléphonique, en autant que le récit-client soit estimé et reconnu comme stabilisé ; en cas contraire, une rencontre *de visu* s'impose.

Lors de rencontres d'équipe, mono ou multidisciplinaires, les unes et les autres parlent surtout de programmes, d'organisation de services, et de transferts de dossiers. De façon tendancielle, les infirmières recherchent plutôt l'uniformisation, la standardisation et la protocolarisation de ces procédures ; le flou est estimé contre-productif. Pour les travailleuses sociales, il s'agit plutôt de coordonner, d'arrimer, de planifier les tâches, le flou étant constitutif du réel.

La rencontre interprofessionnelle se réalise alors, comme nous l'avons écrit, surtout autour de deux activités : la production d'un récit-client, et l'articulation des services. Lors de ces deux activités, il arrive qu'une infirmière sollicite la mobilisation d'une travailleuse sociale, alors que le contraire est plus rare. Cette invite à l'intervention est en général accueillie plutôt favorablement, fait par la suite l'objet d'un ajustement du récit-client, puis la travailleuse sociale vérifiera la nécessité d'intervenir. D'une certaine façon, la demande de l'infirmière est *a priori* objet de méfiance, car estimée réductionniste, trop interventionniste, et surtout hors des exigences praxéologiques qu'impose la relation clinique ou la mobilisation des ressources.

En pratique, il est clair qu'en regard des découpages disciplinaires et organisationnels du travail existe une règle praxéologique non écrite mais à laquelle toutes se réfèrent, soit l'idée

que c'est à l'intervenante la plus signifiante aux yeux du client que revient d'abord le droit et le devoir d'intervenir. Au fil des interventions, et selon les ressources que le demande mobilise, de nombreuses relations cliniques se tisseront avec le client selon divers degrés de signifiante. L'intervenante qui aura la relation la plus signifiante portera *de facto* le titre d'intervenante privilégiée, ce qui lui octroie une fonction pivot. L'équipe multidisciplinaire dans son ensemble ou les diverses ressources professionnelles prises isolément se mettront alors au service de la relation privilégiée. Cette règle pratique semble très signifiante pour les intervenantes. Il va sans dire cependant que d'autres règles et conditions pratiques viennent la baliser, voire la contredire. Les champs de pratique demeurent présents, même si la proximité au travail favorise l'établissement de nombreuses et parfois complexes passerelles.

Lors d'activités de formation aux clientèles de périnatalité co-animés par une travailleuse sociale et une infirmière, il semble que la travailleuse sociale ait le plus souvent le mandat explicite d'animer les rencontres et les moments de discussions planifiées. Cependant, dans les faits, l'animation se fait de façon conjointe, selon les exigences praxéologiques de la rencontre. Évidemment, les contenus abordés se découpent plutôt selon les champs disciplinaires. Cependant, de façon générale, les contenus des rencontres nous ont semblé plutôt nursing, ou en tout cas pouvoir être entièrement assumés par une infirmière. Il nous a d'ailleurs semblé que les travailleuses sociales n'exprimaient pas un grand enthousiasme à leur participation à ces activités co-animées. En fait, quel sens a leur présence dans ces activités ? Le duo infirmière/travailleuse sociale est certes une incarnation de l'institution même. Mais il nous semble que la présence de la travailleuse sociale soit d'abord pour répondre à une demande sociale qui se révélerait lors de tels ateliers qui, rappelons-le, sont surtout offerts à des clientèles ciblées en regard d'indicateurs sociaux. Ici, c'est la travailleuse sociale qui a un mandat de veille clinique. Comment s'explique alors le plus faible investissement des travailleuses sociales en ces activités⁵⁸ ? Et si c'était parce que le mandat implicite à la présence d'une travailleuse sociale était d'oeuvrer à la périphérie du travail des infirmières ? En outre, à cette division disciplinaire semble parfois se coupler une division sexuelle du travail dans la mesure où la périnatalité est surtout affaire de mère, figurée par

⁵⁸ Il va sans dire ici, comme pour toute la thèse, que notre propos ne vise, ni surtout ne permet, l'évaluation des pratiques. Ce qui est décrit ici ou là n'a de sens qu'en regard de la thèse soutenue. Ainsi, pour cet exemple, le travail du travailleur social n'est nullement critiqué ; tout ou plus observons nous un détail, pertinent pour notre thèse.

l'infirmière, avec une représentation du bon père responsable en la figure du travailleur social. De plus, cette représentation de l'action du C.L.S.C. vise à atténuer les identités professionnelles, comme si la présence de l'infirmière banalisait la présence de la travailleuse sociale, associée dans les classes populaires ciblées par de telles activités à «l'enleveuse» d'enfants. De façon générale en périnatalité, les infirmières sont des généralistes (du corps et de l'esprit) et les travailleuses sociales des spécialistes des problèmes sociaux. En plus de leur proximité corporelle à la maman, cela contribue à poser les infirmières comme les intervenantes pivot *de facto*, même s'il n'y a pas de politiques écrites à ce propos.

5.5 L'objectivation de la pratique : le système S.I.C.+ et le classement des interventions

Pendant notre séjour, nous avons été témoin de la dernière étape de l'implantation informatisée du système S.I.C.+ , soit le *Cadre normatif et protocole d'échange. Système d'information sur les clientèles et les services des C.L.S.C. (version 3)*. Ce cadre normatif poursuit un objectif de normalisation des méthodes d'archivage et d'uniformisation des statistiques. En outre des dossiers papiers, les intervenantes doivent compiler à l'aide de ce système informatique des statistiques sur leurs «interventions» en termes de nombre, de catégories d'action réalisée, etc. La résistance passive à l'implantation de ce système était relativement signifiante, mais nous l'avons vu décroître rapidement suite au simple usage du système. En fait, nous pensons que la résistance étaient davantage liée à la technologie qu'au système S.I.C.+ comme tel. Bien que les intervenantes aient adopté cette nouvelle pratique, il est évident que le système apparaît peu signifiant pour elles, la seule statistique qui compte à leurs yeux étant le nombre de dossiers. Il faut en outre noter que les médecins du C.L.S.C. refusent de participer à ce système, qui leur semble sans doute par trop gestionnaire en regard de leur art libéral.

L'élaboration de ce système d'information procède d'un désir gestionnaire d'uniformisation des modalités de compilation des statistiques internes afin de doter le réseau d'un outil d'analyse des performances pertinent à l'organisation, comme pour le Ministère. L'implantation nationale de ce système de normalisation se réalisa sur une douzaine d'années. Il s'agit d'une système de classement, francophone, qui se fonde sur la notion d'*intervention* comme unité de base. Étonnamment pour nous, le système en question a une filiation médicale prenant sa source dans une sorte de codex médical de l'Organisation

mondial de la santé. Cela nous étonne dans la mesure où nous soutenions que le terme *intervention* provenait plutôt des lexiques des sciences sociales que ceux des sciences médicales. Mais après réflexion, il est possible de conserver ce point de vue en rappelant la position mitoyenne des sciences de la gestion et du management aux sciences sociales et médicales, surtout au sein de l'Organisation mondiale de la santé, où ces sciences font depuis longtemps usage de ce terme, notamment pour désigner l'intervention de l'État en matières économiques, sanitaires et sociales (Castel, 1988), disciplines convergeant sous la bannière de l'épidémiologie.

Le lexique de ce système de classement est donc clairement celui de l'intervention : le logiciel permet de consigner le *profil d'intervention* et les *raisons d'intervention*. Les activités répétitives comme la vaccination ou les tests de dépistage font partie quant à elles des activités ponctuelles. Elles se distinguent de la catégorie *intervention* car «La nature de cette activité ne justifie pas la rédaction d'une note significative au dossier (Gouvernement du Québec, 1999 : 17). Toutes les activités qui ne sont pas directement reliées à un client (faire une télécopie, évaluer une résidence privée, etc.) ne sont pas des interventions, au sens du cadre normatif. Du point de vue des intervenantes, ces activités font pourtant parties du processus *d'intervention*, processus considéré comme infragmentable par les intervenantes. Un certain nombre d'actes composent une intervention, associée dans le système à un «centre d'activités» (Gouvernement du Québec, 1999 : 132). Un tel centre peut-être un établissement, mais aussi un programme. Chaque établissement comporte plusieurs domaines d'intervention (scolaire, familiale, etc.).

L'intervention se définit comme une ou plusieurs actions posées pour un usager [...] qui exigent une note significative au dossier. Certaines activités, bien qu'elles soient nécessaires à la réalisation de l'intervention, ne sont pas considérées comme des interventions en soit [...](Gouvernement du Québec, 1999 : 19)

Les raisons d'intervention sont préétablies par le système, l'intervenante choisit un maximum de trois raisons d'intervention parmi les plus significatives au plan organisationnel. Les deux actions les plus significatives, l'éventualité d'un suivi et le mode d'intervention sont également consignés en fonction de choix prédéterminés. Ces «intrants», pour reprendre le terme local, sont conçus pour être compilés dès l'intervention terminée. Au mieux, ils se réalisent quotidiennement.

Une note significative au dossier est une note qui indique une évolution du plan d'intervention. Le plan d'intervention (au singulier) se compose d'une série d'interventions (au pluriel). Il s'agit de la version la plus stabilisée et la plus publique du récit-client. Le plan d'intervention énonce ce qui sera fait, comme action évidente découlant du récit-client.

Le plan d'intervention lié aux besoins de l'usagers détermine les objectifs à court terme, les moyens à utiliser et la durée du ou des services dispensés. [Ils] se compose d'un ensemble d'actes qui sont requis pour assurer les services [...] (Gouvernement du Québec, 1999 : 8).

Le concept de plan d'intervention remonte à l'époque de la Commission d'enquête Rochon, à la fin des années 1980, qui avait identifié le problème de la coordination des parties du réseau comme un des enjeux importants d'actualisation de la réforme Castonguay-Nepveu. La Réforme Côté, qui découle de la Commission d'enquête Rochon, a institué des pratiques de coordination, notamment par la promulgation de la Loi sur la santé et les services sociaux en 1992 qui institue, au niveau de la pratique, le *plan d'intervention*. Le *plan de services individualisé* engage les diverses professionnelles à coordonner leurs interventions, le *plan de services* engage l'organisation à planifier et coordonner ses services, et les *plans régionaux d'organisation des services* engagent la régie régionale à coordonner les services sur son territoire. Notons que le plan d'intervention ne pas su engager les médecins de façon systématique à la coordination des interventions, de même que certaines infirmières. Pour certains secteurs, comme le soutien à domicile, la conception de la tâche est telle que le plan d'intervention a été plus facile à instaurer. En fait, cela appuie le point de vue de Lesemann (1981) estimant que les réformes successives ont été motivées par un effort incessant de contrôle rationnel du réseau sociosanitaire québécois.

Bref, au plan de la gestion, l'intervention est une série d'actes initiée par une demande, auprès ou pour un client, appuyée de raisons et rattachée à un programme ou un service ; elle est suffisamment significative pour qu'elle soit consignée au dossier. Elle exclut ce qui la prépare, dont les activités d'analyse. Enfin, elle est l'unité de mesure du travail qui se réalise en C.L.S.C. Ainsi, le rapport annuel de ce C.L.S.C. chiffre à 58 976 le nombre d'interventions réalisées pour l'année 1999-2000.

Malgré l'apparente rigueur de la définition de la notion d'*intervention* dans le système S.I.C. +, nous avons retrouvé la polysémie inhérente à la notion décrite lors de l'élaboration de la

problématique. Par exemple, quant à l'activité des infirmières répondant à la ligne téléphonique *Info-santé*, le système ne les engage pas à consigner leurs interventions. Cependant, leur travail s'inscrit dans un système d'action publique qui se désigne lui-même très explicitement comme système intervention.

Outre le peu de signifiante pratique du système SIC + du point de vue des intervenantes qui le jugent technocratique, et donc à l'encontre de la noblesse de la clinique, il comporterait des carences formelles. Par exemple, cette version du système ne reconnaît plus la consultation interprofessionnelle comme part de l'intervention. Plus fondamentalement, le système reproduit les divisions disciplinaires en ne reconnaissant pas l'intervention psychosociale de certaines infirmières ; ce qui leur est possible de compiler, c'est l'articulation multidisciplinaire autour d'un plan d'intervention formel initié par une autre professionnelle.

5.6 Les usages observés de la notion d'intervention

Évidemment, nous avons porté une attention toute particulière aux usages de la notion d'*intervention* pendant nos diverses observations et temps de lecture des écrits organisationnels. Nous avons remarqué un usage écrit plus fréquent et surtout plus systématique de la notion d'*intervention* que dans la langue parlée. À cet égard, l'intervention apparaît davantage inscrite dans une sémantique organisationnelle que pratique. L'intervention paraît en outre comme un lexème de la langue de la programmation. D'ailleurs, les documentations internes, comme ceux de la régie régionale, du ministère et d'autres agences étatiques, font un usage abondant d'*intervention*. Plus spécifiquement, nous avons entendu nombre d'usages d'*intervention* pour désigner une forme ou l'autre de l'action institutionnelle ou programmatique en tant que telle. Ainsi, le C.L.S.C. intervient auprès de la commission scolaire pour obtenir une ressource.

L'acception *intervenante* fait cependant l'objet d'un usage très répandu dans la langue pratique. Ce terme permet sans doute de réduire les difficultés de désignation interprofessionnelle (titres de fonction, titres professionnels, titres disciplinaires, etc.). Mais plus fondamentalement, nous pensons que cet usage traduit le désir et la nécessité d'égaliser les statuts des diverses travailleuses dans ce lieu, le C.L.S.C., qui fut conçu et qui se veut

interdisciplinaire. Une telle modalité symbolique d'égalisation statutaire, même si elle peut sembler parfois dérisoire, apparaît comme une condition importante du *travailler ensemble*.

Au Conseil d'administration, les administrateurs sont parfois désignés comme des intervenants. Même une fonctionnaire de la régie régionale sera considérée comme intervenante lors d'une discussion qui porte sur des programmes. Dans les écrits institutionnels (officiels et promotionnels), l'intervenante générique est toute employée agissant directement dans la vie des clients (de l'auxiliaire familiale au médecin). En périnatalité, «les parents sont les premiers et les meilleurs intervenants», affirme une infirmière. En sécurité au travail, les travailleurs sont également les premiers intervenants pour assurer la sécurité. Les documents internes tels que le plan de développement et le rapport annuel font grand usage d'*intervention* et de ses dérivés, notamment du terme *intervenant* pour désigner l'ensemble des professionnelles à l'œuvre au C.L.S.C., comme mandataires de la mission première et directe de l'organisation. Le terme *intervenants sociaux* désigne l'ensemble des travailleuses sociales et autres agents de relations humaines, par-delà leurs différences disciplinaires.

En général, pour les infirmières, plan de soins, plan de traitement et plan d'intervention sont à peu près synonymes. Le dernier réfère un peu plus aux objectifs et souligne les légitimités impliquées dans l'action. Il comprend notamment l'autorisation explicite du client et s'ouvre à des dimensions plus larges que la stricte action clinique en nursing.

À la ligne Info-santé, nous avons observé des usages très systématiques de la notion d'intervention. Les infirmières oeuvrant dans ce service répondent à des appels téléphoniques, pour une grande partie dans le domaine de la santé. Le client pose une question relative à un problème puis l'infirmière mobilise dès cette première question un répertoire informatisé de problèmes. Elle cherche à nommer avec le plus de précision possible le problème de l'appelant. Ce répertoire informatisé collige une vaste série de problèmes auxquels correspondent des interventions protocolarisées. Ce système reprend d'une façon pédagogique les répertoires d'interventions infirmières auxquels nous avons référé au second chapitre. En pratique, les infirmières restent très collées à l'énoncé même du protocole et réfère le client à une ressource spécialisée s'il s'avère que l'explication doive le dépasser. Il

arrive parfois qu'elles présentent le protocole sans trop y croire. Mais la nécessité d'établir une standardisation des messages est telle qu'elles n'osent aller au-delà de ce qui est écrit. Même dans les dossiers où l'infirmière est experte, elle ne livre pas, ou si peu, son expertise propre.⁵⁹ L'action de ces infirmières vise, dans un premier temps, à repérer des indices permettant d'identifier le protocole approprié. Une fois identifié, il sera déclamé avec précision. L'apport spécifique de l'infirmière se situe surtout au niveau de l'accueil existentiel (le ton de la voix, quelques techniques d'écoute active) sans trop cependant inviter à l'établissement d'une relation par trop signifiante, le contexte et le mandat ne s'y prêtant pas. Il va sans dire cependant que pour une situation qui exigerait une affiliation forte, par exemple en ce qui concerne un appel comportant des indices suicidaires, l'infirmière pourra prendre le temps de discuter davantage, le temps de pouvoir référer aux travailleuses sociales de l'accueil.

Nous avons observé une rencontre d'équipe d'infirmières scolaires pendant laquelle il y eu une activité de conceptualisation de la notion d'intervention. Une phrase écrite au tableau normalisait comme ceci l'intervention : «Intervenir correctement, à partir de la personne.» La formation à laquelle se référait cet énoncé reproduit encore le double ancrage de l'intervention infirmière en soulignant la grande nécessité d'établir un lien signifiant avec le client tout en rappelant la principale crainte des infirmières, soit de ne pas faire l'intervention *juste*. Cet épisode traduit à lui seul cette articulation complexe entre le vrai, comme positivité de la pratique, et la relation, comme son envers.

Lors d'interventions de groupe, comme il y en a en périnatalité, le terme *intervention* est peu ou pas employé. Son usage rappellerait-il le caractère illusoire de la rencontre qui se veut si légère et relationnelle ? S'agit-il d'une stratégie d'occultation de la fonction sociale de ces groupes ? Sans y voir une intention manifeste et malfaisante, cet anecdote est pour nous l'envers symétrique de ce que nous avons écrit plus haut quant aux nombreux usages de ce

⁵⁹ Encore une fois, notre propos n'est pas de critiquer mais de décrire une situation. Dans une perspective professionnaliste, une telle standardisation apparaît déprofessionnalisante. Dans une perspective où l'infirmière est part d'un réseau, il importe de ne pas créer de confusion par la multiplicité des discours. Cette confusion pourrait être apportée en preuve pour invalider la ligne Info-santé qui, par ailleurs, est généralement estimée comme un vif succès.

terme dans les écrits de la programmation. En appeler à l'intervention, c'est alors rapatrier dans une activité qui s'espère relationnelle les systèmes d'intervention.

Enfin, et cela est significatif pour nous de ce qu'occultent les usages d'intervention, s'il y a des usages divers du terme et de ses dérivés, il n'y a aucun équivalent pour l'autre pôle de la relation clinique : point d'*intervenu*, il n'y a que des clients. Ici, les tonalités de liberté et de contrainte sont totalement inversées par rapport à celles qui découlent de la lecture que nous faisons du sens politique de l'intervention.

*

Comme notre recherche ne s'inscrivait pas dans une perspective d'analyse organisationnelle, mais bien dans une perspective d'analyse des pratiques professionnelles, nous limitons nos propos à ces quelques pages liminaires. D'autres informations tirées de l'observation seront rapatriées, ici ou là, dans la suite de la thèse. Le lecteur ou la lectrice pourra repérer les importations les plus structurantes. Pourtant, ce qui aura été le plus signifiant de cette observation ne se retrouve pas stabilisé dans l'écrit. C'est que ces semaines d'observation nous ont permis de développer une posture compréhensive de la communauté pratique que forme le C.L.S.C., posture qui eu un impact certain pour la suite de l'élaboration théorique.

CHAPITRE 6. L'ESPACE DES USAGES D'INTERVENTION DANS LES DISCOURS

Le présent chapitre rend compte de deux mises à l'épreuve de propositions de description grammaticale posant chacune quelques paramètres de l'espace des usages d'*intervention*. Pour ce faire, nous avons analysé la vingtaine d'entretiens de recherche en encodant les énoncés selon deux perspectives. La première, toute simple, visait à recenser les usages explicites de la notion d'intervention et de ses dérivés (intervenir et intervenant, conjugués et accordés) de façon à en faire un traitement de surface. En fait, les diverses occurrences trouvées dans les discours recueillis ont été classées à l'aide de la grammaire développée par Nélisse (1997) de façon à estimer la pertinence de cette grammaire pour la poursuite de notre élaboration théorique. Nous accordons à cet exercice d'abord un statut de consolidation de la problématique initiale.

La seconde perspective nous permet de descendre un peu plus en profondeur et donc de quitter la stricte surface des discours. Ici, nous avons classé l'ensemble des énoncés selon qu'ils évoquaient les *systèmes d'intervention* qui expriment le *monde des systèmes*, les *invariants praxéologiques* qui expriment le *monde vécu*, ou la *mobilisation du soi professionnel* qui exprime le *monde praxique*. Ici, nous descendons en profondeur en ce sens que nous postulons que l'ensemble des discours énonce l'intervention, ce pourquoi les locutrices étaient d'ailleurs conviées, et que nous considérons chaque énoncé comme un acte de langage référant à l'un de ces trois mondes. Au terme de l'exercice, nous avons reconceptualisé ces axes grammaticaux à la lumière de leur mise à l'épreuve puis réfléchi plus largement aux constructions de l'intervention et aux possibles interdisciplinaires que la conceptualisation permet d'entrevoir.

Enfin, il importe de souligner que ce chapitre traite spécifiquement des usages, et que le prochain chapitre plongera encore plus en profondeur en traitant des *sens* de l'intervention pour chacun des entretiens de recherche.

6.1 Mise à l'épreuve de la grammaire de l'intervention développée par Nélisse

Nous l'avons écrit au premier chapitre, la polysémie du terme intervention et sa capacité polyphonique permettent de s'approcher au plus près d'une conceptualisation différenciée

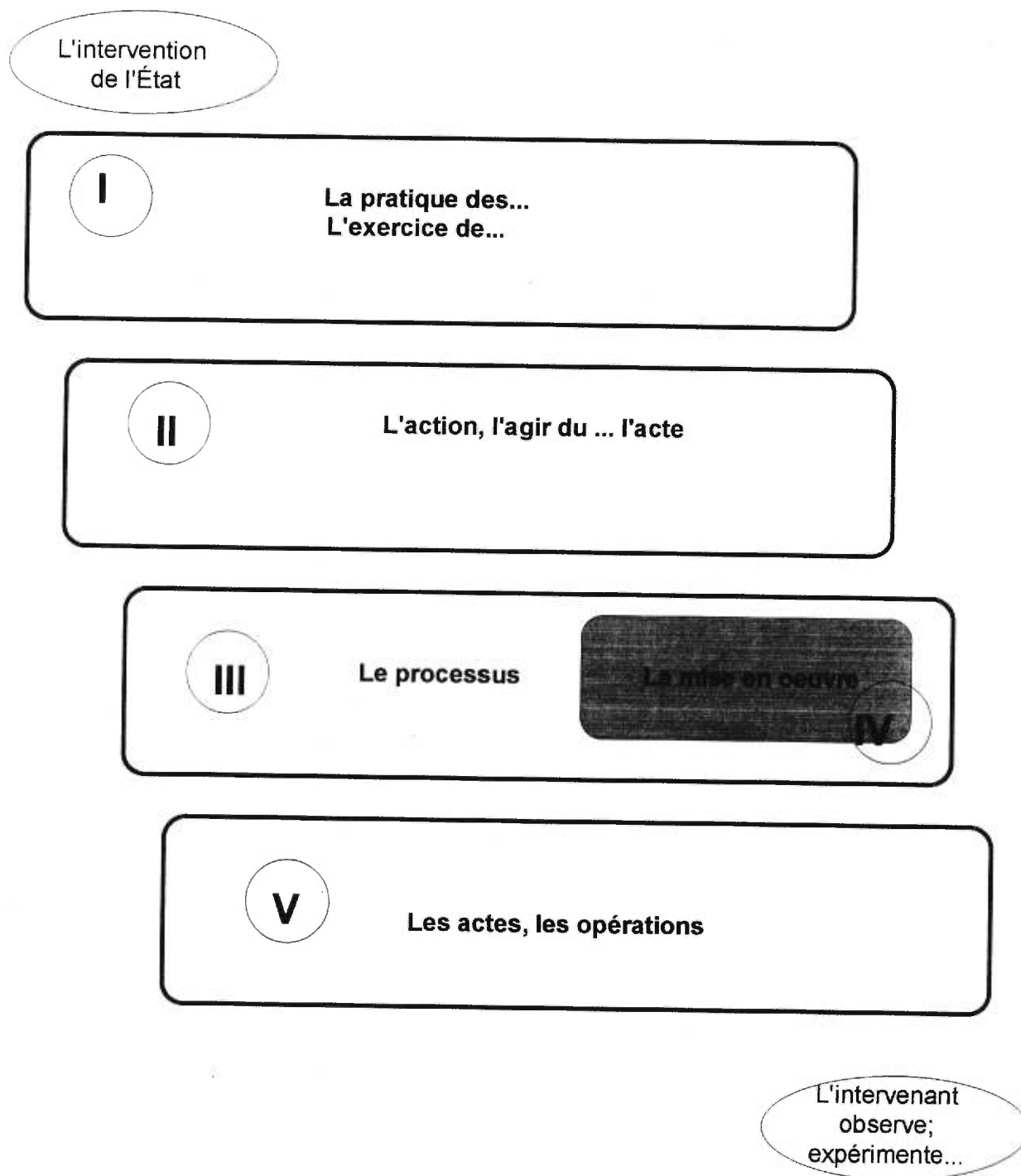
des usages du vocable *intervention*. Cette différenciation constitue l'étape nécessaire pour esquisser l'articulation relativement unifiante sous-tendant toute polysémie. Ce postulat d'une certaine organisation pratique a permis à Nélisse de jeter les bases de la rédaction d'une grammaire de l'intervention par un schéma global d'intelligibilité identifiant six niveaux de sens. Ces niveaux prennent leur origine, comme le Nil, dans une source lointaine et mythique que l'auteur nomme l'action publique. Cette action publique produirait un paradigme interventionniste s'incorporant peu à peu aux acteurs, les professionnelles et autres intervenantes légitimes, à travers pratiques, technologies sociales et politiques sociales.

Les réflexions théoriques de Nélisse, auxquelles nous devons beaucoup, ont été appuyées d'une recherche documentaire considérable, portant surtout sur des écrits institutionnels ou professionnels en la matière. Au terme de ce long exercice de problématisation, le sociologue en est arrivé à soumettre *une grammaire de l'action professionnelle* articulant les différents niveaux de sens de la notion d'*intervention*. Après avoir démontré l'extension des usages d'*intervention* depuis une trentaine d'années (Nélisse, 1997), l'auteur se propose de «répondre à une question préalable : que veut dire et vient faire «intervention», aujourd'hui, dans l'activité langagière des professionnels?» (1997 : 17). Outre que cette question trace les contours du domaine de sa réflexion, elle pose par ce «préalable» les potentialités d'un programme de recherche cherchant à mieux comprendre le travail des sociétés sur elles-mêmes, par l'action de ces différents *travailleurs du social* sur les marges, les pathologies, les carences et autres déviations. Nous tentons de mettre à l'épreuve du discours de praticiennes ladite grammaire de l'intervention afin d'en vérifier le caractère heuristique et de façon à poursuivre notre propre programme de recherche sur ces importantes questions pour l'analyse des pratiques professionnelles.

En appui sur une conceptualisation wittgensteinnienne de la grammaire, Nélisse propose une grammaire de l'intervention cherchant à décrire la structure des relations de sens formant l'univers de sens de l'intervention pour les métiers relationnels. Voici comment se construit la grammaire développée par Nélisse :

Figure 4

GRAMMAIRE DE L'INTERVENTION: LES NIVEAUX DE SENS SELON C. NÉLISSE (1997)



Bien que peu présente directement dans les discours étudiés par Nélisse, l'intervention de l'État apparaît pour l'auteur comme le premier horizon sémantique de l'intervention. Faut-il rappeler que les dictionnaires usuels réfèrent d'abord à cette acception avant toute autre ? Suit quatre paliers d'usages, dont les trois premiers sont, selon l'auteur, les plus fréquemment signifiants. Le premier palier réfère à des énoncés généraux qui visent à donner sens à une modalité générale d'action sur le monde : *la pratique (l'intervention) des travailleuses sociales, l'exercice (l'intervention en) du nursing*. Au second palier, se retrouvent également des acceptions de portée générale, mais dont le sens vise la mise en forme, l'incarnation, des précédentes : *l'action, l'agir ou l'acte (l'intervention d'une infirmière dans le dossier x)*. Au troisième palier, deux niveaux de sens s'interpénètrent et rendent l'analyse des plus complexes. C'est notamment ici que le caractère relationnel, holiste et processuel de l'intervention apparaît. L'intervention est affaire de processus relationnels impliquant une intervenante (et les réseaux et ressources qu'elle peut mobiliser) et un client (avec les réseaux et ressources auxquels il participe). Mais cette relation, que certains revendiquent comme l'entièreté de l'intervention, comprend, lors du moment critique du colloque singulier, la *mise en œuvre* en tant que telle de l'intervention. Au quatrième et dernier palier, l'intervention réfère aux actes, entendus comme gestes de la main ou de l'esprit, comme élément indivis de la mise en œuvre. Il est important de rappeler ici que ces paliers ne doivent pas se lire comme autant de boîtes taxinomiques mais bien comme un ensemble de relations qui se jouent dans les écrits sur l'action professionnelle.

Toujours à partir d'écrits professionnels, Nélisse en arrive à reconstruire trois réseaux conceptuels, comme autant de compositions typiques de l'intervention à partir de la grammaire que nous venons de présenter. Le sociologue intitule le premier de ces réseaux *pratico-interactif*. Ce réseau compose avec des énoncés de niveaux deux et trois. La spécificité de ce réseau conceptuel réside en cette tension fondatrice de la pratique professionnelle entre les définitions officielles des actes professionnels et la volonté de mobilisation du *soi* professionnel. L'intervention tend à devenir et s'espère, pour une part au moins, affaire personnelle, véritable *praxis*. Mais cette *praxis*, autant individuelle que collective, cet interventionnisme existentialiste, ce désir d'agir s'articule aux nécessités du processuel et aux exigences pratiques de la relation. Selon Nélisse, ici se joue une composition de sens importante et complexe entre le désir d'agir et les nécessités du *faire* praxéologique, ici encore

au sens des économistes, comme action efficace, protocolarisée, néanmoins au cœur d'une mobilisation de soi dite, vécue et perçue comme strictement existentielle.

Un second réseau conceptuel est nommé *politique*. Ici, il est usage d'*intervention* lorsque les situations pratiques impliquent une diversité de catégories professionnelles. Il s'agit, d'une certaine façon, d'égaliser les statuts, chacune désignant l'autre comme *intervenante* de plein droit, en substituant les spécificités disciplinaires par les intérêts supérieurs du *travailler ensemble* : l'intérêt public, l'intérêt du public, surtout l'intérêt du client. En outre, ce sens politique découle d'une critique sociale de l'action professionnelle passée, jugée paternaliste ou contrôlante. Ainsi, l'intervention se substitue à *aide*. C'est donc le sens socio-politique de l'action professionnelle qui se joue ici en tentant de dire que l'action de la professionnelle est aussi, voire surtout, action de la société sur elle-même. Néglise estime en outre qu'il est d'autant plus usage d'*intervention* que les problèmes auxquels s'attaquent les professionnelles concernent des problématiques sociales complexes et collectives posant des questions d'ordre et de sécurité publics, notamment.

Le troisième pôle est dit *technico-scientifique*. Néglise ne développe pas, dans le cadre du texte auquel nous référons, ce réseau. Il nous indique cependant qu'il s'agirait d'un réseau conceptuel relativement récent et qu'il «correspond à la lente intégration, dans l'univers des professions, de la démarche techno-scientifique, de la raison instrumentale et de la gestion opératoire» (1997 : 23). L'auteur estime que la diffusion de la notion d'intervention serait alors indicatrice d'une protocolarisation du travail des professionnelles (1988 ; 1992 ; 1996 ; d ; e).

Au schéma suivant, nous présentons le classement des occurrences de la notion d'intervention et de ses dérivés. Ce faisant, nous pourrions voir si la grammaire de Néglise, fondée sur une recherche textuelle, saura trouver un écho dans les discours des praticiennes. Outre le surcroît de validité que donne cet exercice à la grammaire de Néglise, nous l'effectuons dans une perspective heuristique d'élaboration de notre théorie substantive, ce qui nous a permis d'atteindre trois objectifs des plus essentiels pour le développement de la présente thèse :

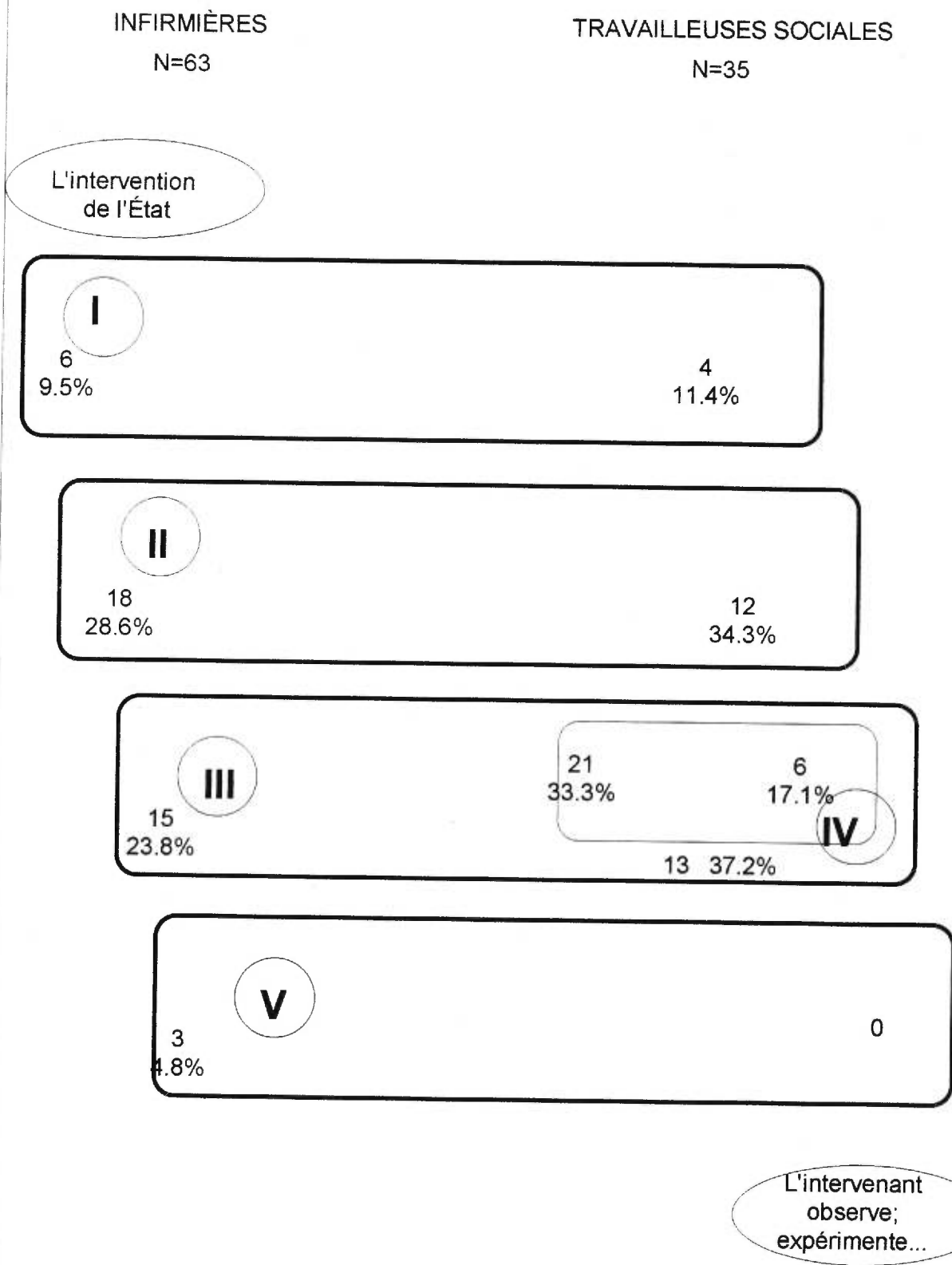
1. L'exercice nous permet de réfléchir aux questions suivantes. Les débats concernant le sens social de la notion d'intervention concernent-ils que les professions occupant une position faible et incertaine dans le champ professionnel, comme c'est le cas pour le travail social ? Les infirmières profitent d'un appareillage lexico-conceptuel des plus forts qui pourrait laisser croire que la notion d'intervention n'ajoute pas à la conceptualisation de leur pratique. D'ailleurs, les concepts de soins, de caring, de diagnostic infirmier, etc., au cœur des différents modèles conceptuels, apparaissent *a priori* comme suffisamment forts pour dire leur action professionnelle. Bref, la notion d'intervention est-elle signifiante pour les infirmières ? Si oui, qu'ajoute-t-elle aux concepts déjà en usage ?

2. Cet exercice nous permet également de donner sens à une hypothèse qui émergea en cours d'élaboration du projet de recherche, et qui a pris beaucoup de vigueur pendant l'observation terrain : la diffusion large de la notion d'intervention serait-elle en partie conséquente de la conceptualisation même des C.L.S.C., fondés sur une perspective multidisciplinaire ou interdisciplinaire ? Ce faisant, nous aurions une indication forte, et sans doute à explorer plus fondamentalement, sur l'une des conditions structurantes de la réalisation de l'interdisciplinarité, soit un contexte pratique de proximité au travail.

3. Il permet enfin de contribuer à formuler de façon substantive les réseaux conceptuels de l'intervention propres au C.L.S.C. en question.

Voici comment se sont réparties dans la grammaire de Nélisse (1997) les occurrences de la notion d'intervention et de ses dérivés dans les vingt entretiens de recherche :

Figure 5 RÉPARTITION DES ACCEPTIONS D'INTERVENTION

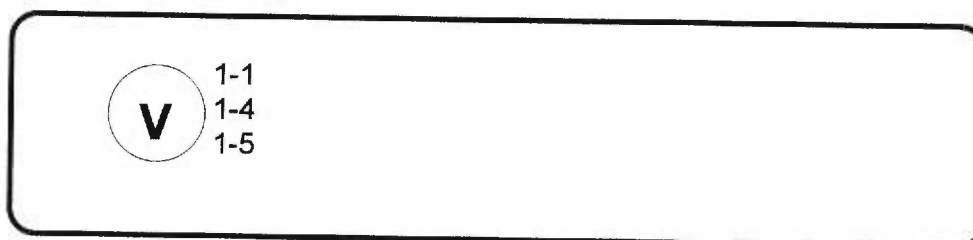
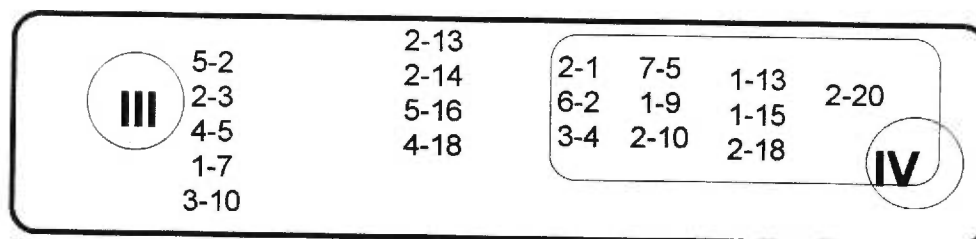
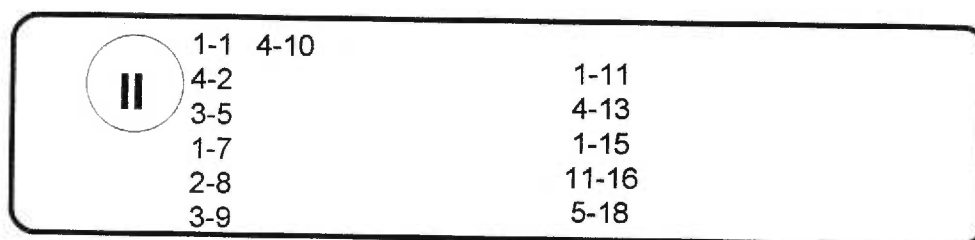
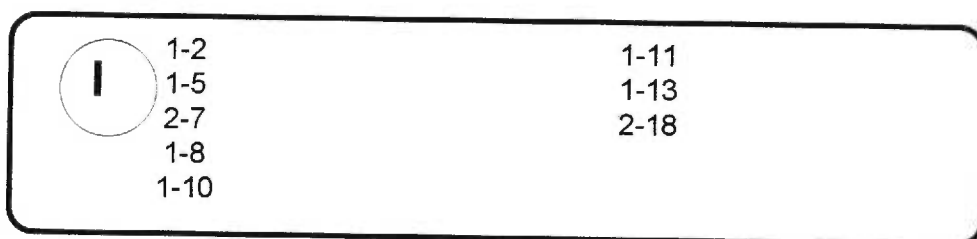


Voici d'abord quelque constats généraux. La grammaire de Nélisse a permis à toute occurrence de trouver une place non équivoque dans un niveau de sens ou l'autre. Il semble donc que ses travaux puissent couvrir l'ensemble des acceptions d'*intervention* et qu'il n'est pas nécessaire d'en modifier l'étendue. L'exercice illustre en outre une concordance significative entre les écrits analysés par Nélisse, les entretiens de recherche et les observations que nous avons réalisés. Seules les occurrences de niveau IV semblent moins fréquentes. Cela est d'autant plus surprenant que la méthode d'entretien, dite d'explicitation, aurait dû permettre une énonciation du *faire*, du procédural, du geste. Mais comme nous l'avons souligné au chapitre précédent, nous pensons que ce résultat est moins le fait d'une inadéquation de la méthode (ou de l'interviewer) qu'une condition cognitive du rapport que les professionnelles entretiennent à leur pratique.

Nous nous attendions à une prévalence moyenne de la notion d'intervention pour les infirmières, et à une prévalence forte pour les travailleuses sociales. Or, nous observons tout bonnement le contraire. Toutes les infirmières, sauf une, ont employé ce terme et ses dérivés pour dire leur action. La répartition des occurrences nous indique également que, toutes proportions gardées, les infirmières nomment davantage la mise en œuvre de leur action par ce lexique que les travailleuses sociales, celles-ci la nommant davantage par son caractère relationnel et par la légitimité sociale la sous-tendant, soit les niveaux II et III. Si nous reprenons le lexique développé par Nélisse, les infirmières s'inscriraient à cet égard dans un réseau conceptuel plutôt *techno-scientifique* et les travailleuses sociales plutôt de type *pratico-interactif*. Mais il nous semble nécessaire et opportun de dépasser ce premier regard en apportant un troisième schéma, plus fin, exposant les résultats par professionnelle. Nous verrons ainsi des «airs de famille» interprofessionnels.

Figure 6 **RÉPARTITION DES ACCEPTIONS D'INTERVENTION**
(par professionnelle)

L'intervention
de l'État



X-Y
X=fréquence
Y=professionnelle
(Voir liste des
locutrices)
Gauche: infirmières
droite: travailleuses sociales

L'intervenant
observe;
expérimente...

Le tableau précédent ne laisse pas apparaître d'emblée de formes au principe disciplinaire qu'on pourrait transposer *a priori* aux réseaux conceptuels tels que conçus par Nélisse. En fait, c'est que ces éventuelles formes, ces réseaux conceptuels, ne se constituent pas autour de personnes, d'identités professionnelles, ou de disciplines, leur principe d'organisation est tout autre. Pour nous, ils sont coprésents et investis en situation par les agents de base, selon quantité de *raisons pratiques*, éventuellement en outre de l'identité professionnelle, de la discipline d'origine, etc. Il est néanmoins possible d'en tirer quelques informations et de soulever quelques questions qui seront utiles pour poursuivre la réflexion quant aux éléments d'une théorie formelle de l'intervention. Nous observons d'abord que les infirmières réfèrent davantage à l'ensemble des niveaux de sens que les travailleuses sociales, en raison sans doute du caractère plus explicite du *faire* pour les premières. Nous observons également que les usages d'*intervention* pour les infirmières sont suffisamment fréquents pour affirmer qu'il s'agit d'une notion de toute évidence signifiante pour l'ensemble des locutrices. Nous pensons que l'usage d'*intervention* permet spécifiquement aux infirmières de référer aux réseaux conceptuels *pratico-interactifs*, dont la légitimité leur était en partie déniée, puis, surtout, au réseau conceptuel *politique* au cœur du *travail sur le social* initié par l'État et incarné en l'occurrence par la forme sociale C.L.S.C.

Outre ces éléments, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante : la caractéristique professionnelle n'est pas surdéterminante de la composition sémique de l'intervention. Nous pensons en effet que les conditions pratiques du travail sont davantage déterminantes de la production de sens qu'un déterminant historique lointain comme celui de la discipline. Nous voulons ici affirmer que si la discipline d'origine se conçoit comme une trame de fond sur laquelle s'élabore la pratique réelle, ce à quoi nous concédons facilement, elle a en pratique un poids moins lourd que les conditions pratiques du travail dans la construction de l'intervention. Comme nous le démontrerons plus loin, des infirmières en périnatalité, par exemple, construisent leur intervention de façon semblable à certaines travailleuses sociales, alors qu'elles s'éloignent de celle élaborée par des infirmières cliniciennes. Parmi ces conditions, la tâche en tant que telle, associée évidemment à une position organisationnelle, à un rattachement à un programme ou à une modalité de pratique, favorise l'élaboration pratique de réseaux conceptuels. Ainsi, ces réseaux sont davantage affaire de compositions

pratiques que de représentations sociales, d'*ethos* professionnel ou de cloisons disciplinaires. Car il s'agit bien de composer, c'est-à-dire de *faire avec* les matériaux et règles qui sont donnés au compositeur pour réaliser une action complexe, adaptée à la situation, mais s'inscrivant dans une aire de possibles dont il ne peut s'émanciper sans que son rapport aux structures du champ de production se modifie. L'allégorie de la composition renvoie directement à la théorie du sociale évoquée en première partie de cette thèse. Elle a l'intérêt de chercher en pratique la complexité des rapports au cœur d'une action somme toute sociale.

De façon tendancielle, les infirmières rattachées à des programmes, soit les infirmières travaillant en périnatalité, en santé et sécurité au travail et au soutien à domicile partagent des réseaux conceptuels avec des travailleuses sociales du soutien à domicile beaucoup plus facilement qu'avec des infirmières cliniques. De même, une autre configuration conceptuelle s'articule autour de la pratique de type *case worker*. Ici, les travailleuses sociales de première ligne participent d'un réseau conceptuel similaire à celui des infirmières en périnatalité, par exemple, où le travail se fonde en grande partie sur l'établissement d'une relation clinique signifiante. En regard de ces deux configurations principales qui, comme vous l'avez remarqué, se jouxtent, se trouvent deux configurations plus spécifiques, l'une impliquant le travailleur social à l'accueil, pour qui le réseau conceptuel se constitue clairement autour des possibles et limites organisationnels, et un second autour de trois infirmières cliniciennes, dont l'action est d'abord nursing, technique et positive.

Le regard de l'analyste se tourne donc du côté des exigences pratiques de la réalisation de la mission socioprofessionnelle au cœur de l'action de chaque professionnelle. La tâche comme telle, le rattachement à des politiques ou programmes, la nature de la clientèle, la position organisationnelle ainsi que les moyens cliniques mis à la disposition de la professionnelle sont alors au cœur de la composition des réseaux conceptuels. Il faut en outre ajouter que cette composition est en grande partie tributaire d'une énonciation indexée. Par exemple, une infirmière du soutien à domicile nous exprime, dans le cadre de l'entretien de recherche, la part existentielle de sa pratique qui, pourtant, demeure pour l'essentiel rattachée à un univers programmatique important. Cette énonciation particulière prenait sens dans le cadre de cet entretien de recherche spécifique. À partir de l'évocation de cet exemple, il semble pertinent d'avancer l'idée que, en outre des conditions sociales structurant l'air des possibles des

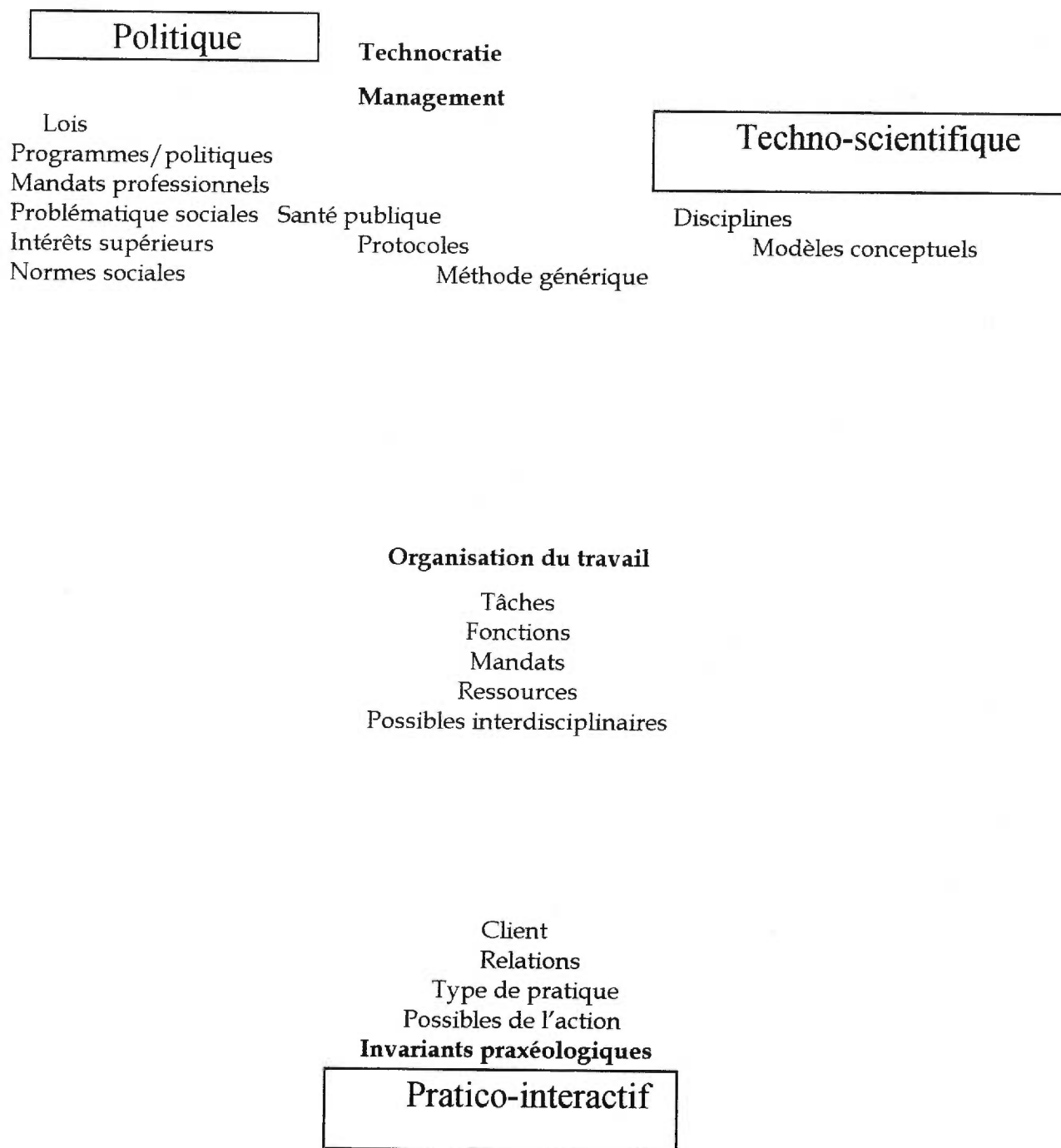
réseaux conceptuels, il faille apporter une dimension déterminante supplémentaire : en C.L.S.C., notamment pour des métiers relationnels comme le nursing et le travail social, il est impératif de jouer de ces différents réseaux conceptuels, selon les circonstances, les exigences pratiques, les possibles de l'action et les impératifs sociaux.

Par exemple, les infirmières en périnatalité et l'infirmière de la clinique jeunesse nous ont semblé, parmi nos locutrices, celles pouvant référer au plus large spectre conceptuel. Ainsi, leur action pouvait se focaliser très clairement aux niveaux III et IV de la grammaire de Nélisse, soit un réseau conceptuel de type pratico-interactif, mais changer de registre si nécessaire, selon des impératifs sociaux ou pratiques se présentant à elles. Ainsi, la nécessité de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse mobilisait un tout autre registre de légitimité : dans le discours, le changement était alors radical, et ce tant au niveau du contenu que de la forme. Par exemple, une travailleuse sociale en plein milieu d'une relation qu'elle construit comme existentielle, humaniste et relativiste devient beaucoup plus proactive et normalisante lorsque le thème de la prévention des maladies transmissibles sexuellement s'impose comme thème légitime de l'intervention. Les contenus deviennent précis, le ton davantage insistant, la forme discursive nettement plus structurée.

Enfin, nous pensons que la qualité formelle des trois réseaux conceptuels identifiés par Nélisse est telle que nous ne pouvons, à partir de l'information colligée et reconstruite ici, que les reconduire tels quels. Nous pensons néanmoins avoir démontré leur signification pratique et avoir fourni des matériaux d'une reconstruction substantive. Nous pensons également avoir ajouté des outils de lecture de ces réseaux conceptuels en les situant en regard d'axes pratiques autour desquels ils peuvent s'articuler entre eux. Là se joue une part de la translation sémique évoquée dans la problématique de recherche.

Voici donc les trois réseaux conceptuels tels que développés par Nélisse et différents éléments contextuels ayant été sollicités lors de leur composition sémique :

Figure 7 : Réseaux conceptuels et axes de composition



6.1.1 Une critique de la grammaire de Nélisse

Nous avons reconnu précédemment la cohérence et la complétude de la grammaire de Nélisse. Pourtant, notre propre travail de recherche sur base documentaire nous amène à une formalisation quelque peu différente de celle-ci. Cela tient sans doute au fait que le corpus de textes analysés par Nélisse était constitué en grande partie d'écrits officiels, avec la surprésence des énoncés politico-techno-scientifiques que cela implique. Notre propre corpus de textes se compose quant à lui moins de ces écrits que de textes à portée théorico-normative sur l'intervention. Ainsi, les textes que nous avons lus portent davantage sur la finalité et le sens de l'intervention. Nos lectures sont alors moins politiques que conceptuelles, ce qui n'est pas sans marquer notre propre réflexion.

Nous prenons donc distance à l'égard des travaux de Nélisse sur deux points principaux⁶⁰ : nous pensons que les deux premiers réseaux conceptuels de Nélisse s'articulent de façon si étroite que nous les relions en un seul, que nous nommons *monde des systèmes*. Qu'ils soient politiques, programmatiques, technocratiques ou scientifiques, n'est il pas possible de les considérer tout bonnement comme autant de *systèmes d'intervention*, certes meut par des intérêts distincts et agissant selon des modalités différentes. Mais d'un point de vue pratique, ils se posent tous comme conditions externes à la pratique. En outre, et c'est probablement encore un effet de corpus, la grammaire de Nélisse ne permet pas d'approfondir le sens des usages d'intervention dans une perspective pratique, et *a fortiori* praxique. Nous insistons sur le fait que ces réseaux conceptuels sont des *réseaux* qui se jouxtent, s'articulent et se jouent en pratique selon les exigences de la situation, de telle façon que si nous concevons facilement avec Nélisse qu'il y a un réseau conceptuel de type *pratico-interactif*, ce réseau a selon nous un statut épistémique qui le distingue des deux autres, en ce sens qu'il en est le lieu de réalisation et d'intégration.

6.2 L'espace des usages d'intervention dans les discours

Pour la section qui précède, nous avons travaillé sur la base d'acceptions de surface et à partir d'une grammaire préexistante. Nous avons pu voir la pertinence de la notion d'intervention

⁶⁰ Ces prises de distance sont importantes à notre propos, mais elles n'invalident nullement la réflexion de Nélisse. Il s'agit en fait de deux problématisations, l'une plutôt macrosociale, où le regard politique est essentiel, et l'autre plus microsociale, où c'est la pratique qui attire le regard du chercheur. En fait, les deux regards se complètent plutôt que s'annulent.

pour les deux groupes professionnels et avons pu reconceptualiser quelque peu les travaux de Nélisse pour notre propre réflexion théorique.

Dans cette section, nous entrons plus profondément dans le sens de l'intervention car notre analyse porta non plus sur les acceptions explicites de la notion d'intervention et de ses dérivés mais bien sur l'ensemble des entretiens, considérés comme constituant un corpus d'énoncés, analysés comme autant de façon de dire ce qui est fait, et donc de reconstruire l'intervention. Nous accordons en effet à ces entretiens le statut de mise en forme langagière d'une intervention spécifique où l'ensemble des énoncés vise à en dire une dimension ou l'autre. Il va sans dire que cette mise en mots n'épuise pas l'entièreté de l'intervention décrite et *a fortiori* le travail des intervenantes dans tout son déploiement. Néanmoins, cela permet de tracer les contours des possibles constructions de l'intervention. Pour ce faire, nous avons analysé le corpus d'entretiens, à partir des trois catégories formelles présentées au second chapitre, en classant les énoncés dans l'une ou l'autre des ces catégories.

Ces axes grammaticaux sont employés ici dans une double perspective. Il s'agit à la fois de démontrer la pertinence et la fécondité théorique de ces catégories formelles et d'en analyser la composition pratique. Par exemple, ces axes sont-ils équivivalents ? Sont-ils articulés entre eux ? Peut-on élucider par l'analyse certaines conditions de leur composition pratique ? À cet égard, pour exemple, nous nous attendions *a priori*, certes un peu candidement, à trouver des discours exprimant le caractère fortement intentionnel de l'action, ce que nous nommons l'axe praxique. Nous nous attendions également à une puissance référentielle importante du monde des systèmes sociopolitiques dans les discours des travailleuses sociales et de la science en particulier dans les discours des infirmières. En fait, les discours se sont énoncés d'abord et avant tout sur le mode de l'évidence praxéologique, de l'allant-de-soi du *faire*, et ce à un point tel que l'action semble tout à fait tributaire des exigences pratiques quant à la relation, aux demandes, ainsi qu'aux possibles organisationnelles et politiques de l'intervention. Nous soutenons donc la thèse que ce sont d'abord les invariants praxéologiques qui structurent les possibles de l'action, comme articulation fondatrice du général et du particulier, du social et du pratique.

Sur la base de cette première réflexion, nous comptons reconceptualiser les axes en question à la lumière de l'épreuve empirique. Il importe de souligner ici le caractère provisoire et inductif de la construction des savoirs sur l'intervention dont il est rendu compte ici. Le travail de reconceptualisation se réalisa peu à peu par l'explicitation, tout au long de l'exposition des résultats dans ces chapitres, des intuitions théoriques émergentes.

Faisons donc état des résultats de la reconstruction théorique des discours en regard des trois axes de l'intervention. Dans le corps du texte, les caractères gras réfèrent à une catégorie spécifique de l'axe exploré. L'ordre des rubriques n'est pas signifiant en lui-même. L'origine des discours est identifié par un chiffre entre parenthèses⁶¹. Nous avons utilisé quelques citations (légèrement éditées pour en assurer la lisibilité) extraites des différents entretiens ; les guillemets réfèrent à des citations effectuées par les locutrices. Si nous reprenons les catégories linguistiques exposées par Demazière et Dubar(1997), nous utilisons les citations ni dans une perspective illustrative, comme preuve empirique de la thèse, ni, *a fortiori*, dans une perspective restitutive, pour laquelle la «vérité» du discours est telle qu'elle apparaît toute entière en lui. Les auteurs mettent de l'avant une troisième posture qu'ils nomment «posture analytique» de reconstruction de sens. C'est cette posture que nous comptons prendre pour le troisième et dernier moment d'analyse des discours au chapitre suivant. Mais pour l'heure, l'usage des citations n'a qu'un but d'accompagnement du lecteur ou de la lectrice pour qui les discours sont évidemment inconnus. Ce faisant, il ou elle pourra développer une compréhension de la thèse mieux ancrée empiriquement. En outre, pour reprendre le point de vue de Passeron, il s'agit moins ici de *faire la preuve*, par un usage illustratif d'extraits de discours, que de produire *de la présomption* (1991 : 84). Cette présomption argumentée et prenant une certaine validité par la qualité du travail avec l'empirie, devra, il va sans dire, trouver sa signifiante ultime par sa fécondité heuristique pour la suite de l'élaboration de la thèse, et par sa capacité de susciter une conviction partagée au terme de l'exercice. C'est aussi en ce sens que nous utilisons le terme *accompagnement*.

Enfin, nous avons fait le choix de traiter concomitamment les informations concernant les deux groupes professionnels, en indiquant les points de ruptures, les convergences, les

⁶¹ Pour plus de détails se référer à la liste des locutrices. Les chiffre 1 à 10 réfèrent aux infirmières, et 11 à 20 aux travailleuses sociales.

contradictions éventuelles. Un tel exercice se débite sans doute quant à sa lisibilité, mais le crédit nous semble néanmoins grand si l'on considère que cette modalité rédactionnelle se trouve en concordance avec notre projet de mieux comprendre l'interdisciplinarité pratique. Une thèse à deux voix distinctes serait alors incongrue. En fait, l'exercice permet de faire apparaître la césure disciplinaire comme moins signifiante qu'il n'y paraît à première vue et, par jeux de contrastes, permet d'élucider certains passages de l'interdisciplinarité pratique.

6.2.1 Le monde des invariants praxéologiques

Les invariants praxéologiques sont ces incontournables pratiques conditionnant la réalisation du *faire*, selon une méthode plus ou moins implicite de l'action efficace.

Dans les discours recueillis, l'idée d'intervention pose d'emblée une relation, ou à tout le moins un cadre relationnel, comme dimension caractérisante et condition incontournable d'une action complexe, parce qu'affaire humaine. Favoriser, voire **créer la continuité** de cette relation constitue un invariant praxéologique de l'intervention dans les métiers relationnels des plus importants. Cette continuité de l'intervention est à la fois objet de préoccupations professionnelles et organisationnelles et signifié de la relation clinique. Le changement, le progrès, la croissance ou toute modalité du *mieux* nécessite pour se réaliser la continuité de la relation thérapeutique primaire, c'est-à-dire avec l'intervenante, et secondaire avec l'organisation ou les programmes. Il s'agit, par exemple, de boucler la rencontre en engageant⁶² le client pour la suite du suivi, en lui rappelant l'engagement implicite à sa présence, au traitement, etc. Il s'agit également d'assurer la continuité de l'intervention même, tant au niveau des objectifs poursuivis que des moyens mobilisés. Suivre l'évolution du problème⁶³ et de la séquence d'événements est alors essentiel à la réalisation même de l'intervention. La continuité devient alors à la fois une condition de l'efficacité pratique de l'action professionnelle et l'objet d'une production clinique.

*«La semaine passée, te souviens-tu...» Pour qu'il ait comme...un sentiment de continuité.
(14)

⁶²Soulignons la pluralité des sens de ce terme. D'une part, il réfère à l'engagement existentiel du sujet et, d'autre part, aux processus *engageant*, éventuellement malgré lui, le sujet.

⁶³ Si le mot problème fait sens, ou du moins fait sens commun, il n'en va pas de même de certains de ses dérivés. *Problématique* ou *problématisé* référeront parfois à un sens quasi scientifique de mise en problème, de construction sociale d'un phénomène. Mais ils sont aussi employés en un sens plus proche du sens commun de *problème*, à savoir comme phénomène source de *pathos*. Lorsque le contexte rédactionnel ne sera pas suffisamment clair pour les distinguer, nous en préciserons le sens.

Cette préoccupation de la continuité dépasse les exigences du colloque singulier client/intervenante dans la mesure où cette dernière cherche à assurer la continuité du parcours intra-organisationnel, tant au niveau de l'aiguillage multidisciplinaire que des services et programmes. De même, créer une certaine continuité interétablissements est nécessaire à la réalisation du projet clinique. Par exemple, un cas lourd, susceptible d'une aggravation prochaine de son état, fait l'objet d'un bref échange avec la cadre intermédiaire pour préparer la mobilisation éventuelle des ressources. La continuité est ici davantage virtuelle qu'effective.

*On est susceptibles d'avoir un appel. (8)

Il importe également que l'intervention marque et produise sa continuité, autant que faire se peut, en laissant des traces dans la vie du client. Il s'agit parfois des devoirs donnés (surtout par les travailleuses sociales) ou de documents explicatifs et protocoles pratiques (surtout par les infirmières), engageant le client à poursuivre l'intervention à la maison.

Pour les infirmières, l'archivage des actes et méthodes déployés pour réaliser un plan de soins est essentiel. Ces informations sont compilées soigneusement dans un cardex, dissocié du dossier officiel du client. En fait, ces cardex, moins réglementés au plan légal que ne le sont les dossiers officiels, circulent relativement librement entre les infirmières et permettent d'assurer une continuité méthodologique quant aux traitements. Pour les infirmières, le traitement même et les activités qu'il implique (enseignement de l'auto-soin, par exemple) font l'objet d'une préoccupation incessante de continuité au plan méthodologique. Au plan clinique, il importe également d'assurer la continuité du traitement en réalisant des activités d'enseignement mais aussi, voire surtout, des activités de suivi de cet enseignement.

*Il faut toujours, dans un cas comme Madame ...revenir, sur toute, tout le temps. (7)

Ainsi, une part importante du travail consiste en une activité de transfert méthodologique auprès des aidantes naturelles ou des malades afin qu'elles adoptent de nouvelles façons de faire.

*J'ai dit à la madame comment faire ça. «Mais après ça, vous allez pouvoir le faire.» (6)

Au plan intradisciplinaire, les infirmières se préoccupent de cette continuité méthodologique en assurant de façon très rigoureuse le transfert de l'information, l'adaptation

méthodologique, voire en favorisant le développement des compétences d'une collègue afin que soit assurée la continuité dans la représentation qu'a le client de l'acte infirmier. Au plan symbolique, chacune doit reconnaître qu'existe une bonne méthode pour un problème donné, et que cette méthode s'impose d'elle-même. En changer, c'est éventuellement en atteindre à la vérité de l'acte infirmier comme tel.

Pour les travailleuses sociales et certaines infirmières sociales, dire sa mobilisation et son engagement professionnel pour le mieux-être du client, c'est poser la continuité de son service, notamment en signifiant sa disponibilité en cas de besoin, par-delà le service minimum requis dans un dossier. Pour les travailleuses sociales spécifiquement, le rappel fréquent de l'orientation de l'intervention et des objectifs négociés ou exprimés par le client indique la nécessité pratique de réaliser un focus, de ne pas se perdre dans les méandres de l'instructuré relationnel, bref de garder le cap sur les objectifs pour assurer la continuité de l'intervention au plan clinique. Ici, l'intervention est tout entière tournée vers un but, même si sa formulation demeure imprécise et évolutive.

La nécessité de **s'inscrire dans la durée** apparaît comme un invariant praxéologique proche du premier. Cette inscription dans la durée rappelle que l'intervention participe de divers processus temporels qu'il faut savoir lire, dont les processus interactifs du colloque singulier, les processus auxquels participe le client en tant que tel, ainsi que des processus organisationnels et programmatiques. Il s'agit, en certaines circonstances, de signifier et de structurer la durée, d'en rappeler la nécessité et la séquence. Il peut s'agir de la nécessité d'attendre une opportunité appréhendée, un indice de l'évolution ou de la détérioration de la situation, une mise à l'expérience par le client, un élément déclencheur, une demande formelle. Bref, il faut attendre le bon moment pour aller plus loin dans la relation, le problème, l'âme du client.

*C'est touché, cette information. On va revenir avec ça un petit peu plus tard. (4)

*J'ai pas poussé plus loin...Les trous, quand je le verrai tout seul, on ira les voir. (11)

*...des fois on peut aller un petit peu plus loin. (18)

L'inscription dans la durée concerne évidemment les objectifs du changement qui forment, dans bien des cas, un horizon temporel déterminant. Ceux-ci sont énoncés, avec l'horizon

temporel du mieux ou de la guérison, ou sont instillés, délicatement, pour faire l'objet au moment opportun d'un retour, éventuellement plus insistant.

*Je lui dit «Penses-y...Puis on pourra regarder ça la prochaine fois». Ça c'est sûr que c'est un sujet plus à long terme. (4)

*«Je te laisse...C'est ta curiosité, si tu veux en savoir plus, bien tu liras puis on en jaspera la prochaine fois. » (6)

De ces objectifs et autres formulations du *mieux* découlent une série d'actions que l'intervenante doit savoir anticiper. Une des ces actions importantes consiste en l'identification d'éléments, d'informations, de facteurs de risque ou d'indices auxquels il faudra donner sens ultérieurement, après vérification. Pour les infirmières, il s'agit parfois de vérifier des informations formalisées et inscrites comme catégories d'un protocole d'intervention. Le corollaire de cette anticipation est la nécessité d'assurer un certain encadrement temporel, car il ne s'agit pas de se laisser porter entièrement par l'ensemble des processus à l'œuvre dans la relation clinique.

*C'est dans mes investigations à venir. (11)

*On avait conclu : « De temps en temps, je viendrai faire un petit tour ». (18)

Notamment à partir des informations recueillies, l'intervenante cherche à canaliser la relation clinique vers un domaine de possibles qu'elle entrevoit, en général très tôt dans la relation. D'une certaine façon, il s'agit d'inscrire la relation clinique dans un projet clinique. Ce projet peut, en certaines circonstances, se trouver en contradiction avec les valeurs fondatrices de l'action professionnelle. Par exemple, une intervenante, qui rappelle avec force conviction son engagement humaniste, souligne qu'elle désire respecter les choix de sa cliente...jusqu'au moment où elle devra intervenir de façon unilatérale. Ce faisant, elle lit les possibles de son intervention et les pose dans la durée. S'il s'avérait nécessaire d'intervenir de façon plus intrusive, elle le fera, à l'encontre de ses valeurs humanistes s'il le faut. La nécessité de s'inscrire dans la durée induit alors un rapport au client qui se décolle de l'immédiate relation clinique. Dans la citation suivante, le travailleur social exprime son postulat humaniste, tout en spécifiant par le terme *présentement* qu'il est probable que cette posture soit délaissée au profit d'une posture d'intervention plus unilatérale, éventuellement nécessaire.

*Je pense qu'il faut la respecter...dans son choix, présentement. (18)

Spécifiquement pour les infirmières, l'archivage est un moyen privilégié pour garder des traces objectives d'un relationnel négatif. Si jamais le client revenait, l'intervention se ferait de façon plus prudente ou plus insistante, selon le cas. Ici, la durée se découple de la relation clinique immédiate et s'inscrit dans une durée plus large, celle de la vie du client. Il importe alors de noter le négatif car, ce faisant, il sera possible de répondre à une nouvelle demande (par exemple une huitième demande de pilule du lendemain pour une même cliente) de façon mieux adaptée aux écueils de la relation passée.

*[Il faut consigner au dossier] quand il y a des affaires négatives, dans le sens qu'il va rester quelque chose de négatif. (2)

Pour certaines tâches, notamment en périnatalité, un suivi qui s'inscrit dans le plus large spectre possible de la séquence d'intervention est considéré comme une source potentielle de grande signifiante. Par exemple, suivre une jeune mère dès le début de sa grossesse permet d'inscrire la relation dans la durée d'un projet clinique plutôt qu'en regard d'un problème ponctuel.

La dimension technique du travail des infirmières engage également un rapport au temps beaucoup plus structuré que ne le serait la simple relation. Ainsi, une part de leur travail consiste à gérer l'horaire de travail au niveau de la durée et des séquences de traitement, de la gestion des fournitures, des étapes de la maladie, etc.

Si le relationnel est parfois pour les infirmières l'envers de la technique, il occupe une place de toute évidence importante dans leur pratique, mais selon des statuts assez divers selon les circonstances, les exigences de la tâche et le rapport à la durée. Par exemple, de façon *a priori* étonnante, le relationnel est désigné par plusieurs infirmières comme une dimension *sociale* plutôt que psychologique du travail en C.L.S.C. Elles indiquent selon nous par là que la part de relation dans l'intervention nursing permet de réaliser une action plus vaste que la cible première qu'est le problème de santé du client. Au surplus, cela traduit le métissage lexical et sémantique propre aux C.L.S.C., où la présence des psychologues est relativement mineure alors que celle des travailleuses sociales est importante. Malgré la psychologisation du travail des travailleuses sociales, c'est le lexique social qui s'impose pour désigner le *travail des âmes*. Cela est d'autant plus étonnant que les lexiques de la psychologie populaire ont une grande prégnance dans le sens commun. Cette curiosité sémantique exprime sans doute un indice de

l'efficacité du modèle C.L.S.C. à produire une langue commune interdisciplinaire. Les infirmières sont cependant équivoques sur l'envergure du déploiement du *social* dans leur pratique puisque, si elles estiment que *faire du social* est des plus importants pour leur intervention, elles estiment également que ce social se situe à la périphérie des affaires du corps. S'il est certes essentiel, elles estiment que le social prend temps que la technique, les exigences du corps et les conditions du travail leur interdisent de prendre. D'ailleurs, pour certains secteurs d'activités et types de tâches, il appert essentiel de problématiser puis d'agir sur le rapport que le client entretient au temps.

*Le niveau social, le moral, ça je sais que ça prend plus de temps. (7)

*«Vous avez pas beaucoup de temps. Vous avez dépassé beaucoup votre temps. Vous savez que là ça va moins bien, puis que votre médecin...vous l'a dit voilà 15 jours que les métastases...c'est la maladie qui continue.»(7)

Pour le groupe professionnel des travailleuses sociales et certaines infirmières sociales, le rapport au temps est marqué spécifiquement par la nécessité pratique de se laisser porter par l'évolution de la relation clinique et l'exigence praxéologique *a priori* contradictoire de chercher à la canaliser. Cela se traduit, par exemple, par le dilemme quotidien entre intervenir de façon intrusive et courir le risque de laisser aller les choses en comptant sur la création d'un lien suffisamment signifiant pour escompter engager un changement significatif dans la vie du client. L'élaboration même d'un plan d'intervention traduit cet équivoque du rapport au temps. En regard du désir professionnel de canaliser la relation et d'établir des objectifs, le plan d'intervention se met en contradiction avec les processus aléatoires de la relation.

*Leur faire raconter leur vécu, puis...tranquillement ça va se dessiner...de faire un plan...les objectifs...on est pas encore rendu là. (20)

Il faut noter que si le temps de la relation semble d'abord dans l'explicite *ici et maintenant*, l'intervention, quant à elle, s'inscrit dans une durée à plusieurs égards implicite. De nombreuses actions relationnelles sont faites dans le but d'infléchir le cours de la relation, comme, par exemple, en préparant la suite de la relation en allégeant l'investigation, l'intensité émotionnelle, ou en reportant un sujet délicat.

*On l'a pas retravaillé, on s'est orienté vers le présent. (14)

Pour certaines clientèles (ex. : les adolescents) ou pour certaines circonstances (ex. : un client qui refuse de collaborer), la durée est un indice de signifiante, et donc d'efficacité de la

relation clinique. *A contrario*, une relation trop courte peut indiquer un échec de la relation clinique, comme une durée hors norme être un signe de perte de contrôle de sa canalisation temporelle par l'intervenante. L'ouverture aux besoins immédiats du client est certes valorisée, mais il apparaît nécessaire de garder le focus sur la demande initiale, négociée ou formelle, et sur les objectifs et moyens qu'elle implique.

*«Si tu veux consulter pour ça à un moment donné, tu pourras» ...Mais c'était pas la demande. (13)

Enfin, s'inscrire dans la durée c'est également se poser comme ressource potentielle au cas où les ressources mobilisées autour du client s'avèrent inadéquates ou que la situation s'aggrave. Cela est important au plan de la signifiante de la relation clinique, malgré les difficultés d'organisation du travail que cela comporte. En fait, cet engagement dans la durée est source de signifiante relationnelle et, partant, d'efficacité de l'intervention.

Un incontournable invariant praxéologique de l'intervention est ce travail incessant qui vise à créer ou **soutenir les conditions favorables à l'engagement du client**. Cela exige d'abord que l'intervenante s'affilie au client pour le convaincre de la nécessité de s'entendre sur un projet d'intervention, notamment en lui présentant les gains possibles à l'aide d'un argumentaire adapté à sa situation. Un tel engagement est clairement une condition de réussite de l'intervention.

*Il fallait qu'il s'engage à venir tous les jours. (1)

En fait, il serait plus précis d'affirmer qu'il s'agit d'une condition souhaitable d'une intervention qui se veut fondée sur l'humanisme social. Parfois, en certaines circonstances que l'intervenante souhaite exceptionnelles (mesures de protection de la jeunesse, curatelle publique, loi 39⁶⁴, et toutes les urgences du corps, entre autres), le défaut d'engagement est compensé par l'appel d'une légitimité sociale forte, en général de type légal ou médical. En fait, l'engagement volontaire est dit incontournable, alors que dans les faits il est possible de la réduire, au plan conceptuel, au fort et sincère désir d'inscrire l'intervention dans l'humanisme social. Un défaut d'engagement n'invalide pas l'intervention, il la reformule.

⁶⁴ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.*

Un tel engagement peut prendre la forme d'un contrat, explicite, implicite, voire tacite. Ce contrat est bivalent et engage à la fois le client et l'intervenante comme professionnelle et représentante de l'organisation. L'intervenante rappelle au besoin le contrat, ses conditions, les étapes de sa réalisation. Cependant, le fait même que le client et l'intervenante se retrouvent en un colloque singulier traduit un contrat générique et implicite que l'intervenante rappellera au besoin, notamment en signifiant les responsabilités respectives de chacun.

*Je me rendais là pour les aider, puis ils le savent. (17)

En outre du surcroît de légitimité qu'elle procure, l'obtention de l'acquiescement explicite ou ostensible à l'intervention apparaît comme un moyen de réaliser un engagement plus profondément existentiel. À défaut d'un tel mouvement vers un engagement profond, l'intervenante tentera de l'instiller par la mise à l'expérience, au plan existentiel, de morceaux de solutions ou de traitements. L'acte de formulation d'une demande explicite, le transfert de méthodes d'exploration du problème et des solutions, les devoirs ou plus fondamentalement l'invitation lancée au client de participer à divers processus en l'engageant à venir au bureau, à parler de lui, à donner sa chance au corps, entre autres, sont autant de tactiques pour favoriser l'engagement.

*«Essaie de voir ce que tu t'es dit avant...La prochaine fois qu'on se voit, je veux que tu me parles des trous que je t'ai mentionné.» (11)

*C'est pas de rester toujours collé là-dessus...L'idée c'est de la réenclencher...c'est d'y permettre de...voir qu'est-ce qu'à fait. (12)

En certaines circonstances, où l'engagement concerne des dimensions fondamentales de la vie ou des questions délicates pour la personne, les intervenantes développent une stratégie étagée de l'engagement, véritable technique des petits pas. La psychologie sociale a produit des concepts pour analyser ce qu'elle nomme le phénomène du premier pas (Myers, Lamarche, 1992). Un petit engagement, comme celui de reformuler la demande, peut ouvrir sur un engagement plus fondamental, du point de vue de l'intervenante. Il importe alors de souligner que cette stratégie étagée peut s'analyser ou être perçue comme une proaction forte, voire comme une intrusion légitime au plan social dans la vie des clients. Bien qu'en général doublement légitimée par un impératif social (santé publique, problématique sociale, etc.) et par l'humanisme professionnel, cette stratégie procède d'un *ethos* professionnel dans

lequel se trouve un véritable désir d'engagement du client. Les intervenantes souhaitent sincèrement que le temps et la qualité de la relation permettent d'éviter d'en appeler à une légitimité plus intrusive et qu'un changement d'attitude se réalise.

*L'idée, c'est...ça va mûrir. (2)

La crainte de l'aggravation, et son envers le désir de guérison, constituent pour les infirmières une condition existentielle favorable à l'engagement. Elles utiliseront au besoin de telles craintes et désirs afin d'agir sur la conscience du client.

Pour les travailleuses sociales, une part du travail d'engagement vise à responsabiliser le client quant au rôle qu'il doit jouer dans la structuration même de la relation clinique. Ainsi, il doit se préparer à l'entrevue de façon à modaliser et à exprimer ses besoins. Pour ces intervenantes, l'accès à l'introspection et à l'émotion sont des indices forts de l'engagement du client au plan existentiel. À ce propos, travailleuses sociales et infirmières travaillent à mettre en place par la relation les conditions favorables à l'introspection ou à l'expression de l'émotion. Un travailleur social utilise pour ce faire un tableau qui schématise la situation problématique de son client.

*[Avec le tableau devant les yeux] T'es pris pour voir ton histoire. (12)

Découlant de l'invariant praxéologique précédent, l'intervention se fonde en grande partie, sans pour autant l'exiger, sur un important **travail de motivation** du client. La qualité du lien client/intervenante est alors utilisée pour le motiver. L'argumentaire mobilisé est mis en forme de façon telle qu'il s'arrimera à ses valeurs et à son histoire. Il est parfois nécessaire de créer les conditions favorables à une plus grande motivation du client. La nécessité d'intervenir peut, par exemple, être instillée par différents commentaires évaluatifs sur la situation, la motivation du client, les gains possibles, voire sur la personne.

*Souvent je vais faire mon commentaire. (1)

Ainsi, l'intervenante encourage, positive, valorise sur la base du chemin parcouru par le client, et souligne la moindre de ses victoires. En fait, une part du travail de motivation consiste à reconnaître la capacité humaine universelle du client.

*Je lui dis que je suis contente. (6)

*Lui faire voir que «Je te considère comme un adulte...Je pense que t'es capable de faire face au médecin...et de faire face à ce qui t'arrive»...J'ai tenté, par mon intervention, de lui transmettre...une confiance. (14)

*Je fais du renforcement par rapport aux éléments positifs. (20)

L'horizon problématique (aggravation, conséquences fâcheuses, effets secondaires et pervers, difficultés à atteindre les objectifs, etc.) est fréquemment rappelé au cours de la relation clinique de façon à soutenir la motivation du client. Les infirmières rassurent au besoin le client quant aux risques de la maladie ou de la condition physique en jeu. Certaines d'entre elles souligneront et féliciteront la conformité aux protocoles nursing dans le but de motiver le client.

*«Je suis contente que vous ayez laissé le pansement en place.» (1)

Elles souhaitent grandement que le client démontre de la bonne volonté à l'égard du traitement proposé. À défaut de quoi, il faudra agir sur ladite bonne volonté en moussant sa motivation, notamment en exprimant son propre enthousiasme professionnel quant à la possibilité d'atteindre un quelconque état du mieux.

*C'est une proposition, je lui dis «Moi, j'ai le goût de le faire, j'ai le goût de m'impliquer là-dedans.» J'ai essayé de lui passer mon enthousiasme. (1)

Notons au passage cette distinction entre le terme *traitement* et le terme *intervention*. Le premier n'exige pas l'engagement existentiel du client puisqu'il peut se faire d'office et sans accord explicite, en cas d'urgence, par exemple. Le terme *intervention* exprime un ajout au traitement, et cet ajout est précisément le travail sur l'engagement existentiel. En quelque sorte, pour reprendre des concepts sans doute un peu trop vagues pour être véritablement utiles, le terme *traitement* nous semble bien ancré dans la modernité et le terme *intervention*, s'il n'est postmoderne, nous semble à tout le moins exprimer un état de l'épistémè un peu plus relativiste. Tout est dans ce *un peu plus*, il va sans dire. Nous y reviendrons.

Si notre recherche ne porte pas à proprement parler sur les valeurs pour l'essentiel sociales au cœur de l'intervention, il appert cependant incontournable d'en aborder quelques-unes, auxquelles nous accorderons le statut d'*invariant praxéologique*. Qu'il suffise pour l'instant de souligner que notre objet de recherche concerne les pratiques professionnelles pour des métiers relationnels, et que ces métiers se réfèrent très explicitement à des valeurs

(humanisme, progrès, etc.). Au plan praxéologique, il n'est donc pas possible de penser intervenir sans énoncer certaines valeurs exprimant les conditions d'une commune humanité. Il ne s'agit pas ici de laisser entendre que cet humanisme, comme les autres valeurs qui seront explorées *infra*, sont factices, loin s'en faut. Cependant, notre propos est de les analyser sous l'angle de leur nécessité praxéologique.

En effet, les «objets» du travail pour ces métiers relationnels sont des personnes et les principaux moyens engagés sont de l'ordre du communicationnel et du relationnel. Ainsi, intervenir exige une certaine **proclamation de l'humanisme**. Il s'agit d'ailleurs d'un postulat fréquemment énoncé comme tel en cours d'intervention. La reconnaissance de la capacité de choisir et de la responsabilité ultime du client à l'égard de sa vie est invoquée haut et fort et en toute occasion. Pourtant, bien que de toute évidence fort présentes en pratique, les limites pratiques et sociales de ce postulat se font pour le moins discrètes dans les discours de représentation de l'intervention. L'occultation de ces limites caractérise fortement pour nous l'idéologie professionnaliste en tant que telle (Couturier, 2000).

Mais à la face du monde et explicitement dans les discours, l'intervention se dit humaniste, l'intervenante se limitant à «proposer» des façons de faire à une personne qui, après tout, le demande. Cependant, cet explicite humanisme a son envers tacite, où l'action est dans les faits beaucoup plus proactive qu'elle ne l'affirme, par le contrôle des conditions de la relation ou par les jeux déséquilibrés des divers capitaux mobilisés dans l'intervention, par exemple. La valeur humaniste engage néanmoins l'intervenante à tenir compte du sentiment et des ressources de la personne, et à s'y intéresser au plan existentiel. Au plan diagnostique, il lui faut lire la situation problématique comme un phénomène emprunt de subjectivité, qu'il sera parfois nécessaire de recadrer. Et c'est donc au nom d'un humanisme, parfois formel, qu'une part importante de l'intervention vise à instiller une réflexion existentielle, notamment en favorisant la conscientisation des risques et conséquences d'une attitude ou d'un comportement sur la vie du client ou de ses proches.

*Je lui ai montré avec le miroir parce que le monsieur il a la bedaine un peu ravagée puis il est pas capable de se voir quand il est couché. (1)

Car il s'agit, au terme de l'exercice, de responsabiliser au plan existentiel le client...

*«C'est correct, vos enfants pensent ça, mais je pense que c'est à vous à décider.» (18)

...et d'en arriver, de façon ultime, à une intervention qui se situe précisément au plan existentiel.

*L'humain, c'est tout. (6)

*L'humain qui se transforme, malgré lui, qui est à la recherche et...à travers...toutes ses...limites. (6)

*On sait pas si ça va se représenter...Si ça veut pas se représenter...ça les regarde quelque part...Si ça se représente...je serai là...si c'est mis sur mon chemin pour ça, bien ce sera mis sur ...mon chemin...C'est des cadeaux qu'on reçoit quand ...quelqu'un ...ouvre une porte quand qui est bien fermé...S'il te le donne à toi, bien il le donne à toi...S'il le donne à un autre, il le donne à un autre...Ça finit là. (6)

Un point de rupture intéressant à soulever, qui distingue en partie les infirmières des travailleuses sociales, est la façon dont la valeur humaniste norme le projet d'intervention. Pour les premières, l'humanisme est d'abord une nécessité praxéologique de l'établissement d'une relation, un projet socioprofessionnel d'humanisation des soins et une condition du transfert de compétences (l'enseignement en nursing). Les travailleuses sociales partagent sans aucun doute cette vision de la fonction praxéologique de l'humanisme mais leur projet professionnel semble quelqu'un peu différent de celui des infirmières : il s'agit d'un humanisme plus ou moins émancipateur, où les stratégies d'empowerment, d'habilitation citoyenne et de croissance personnelle donnent sens à la *praxis* professionnelle. Dans cette perspective, l'intervention est aussi une façon d'instiller l'humanisme et d'expérimenter des relations plus égalitaires, notamment en soulignant la coresponsabilité de l'intervenante et du client à l'égard des résultats et de la conduite de l'intervention. Ainsi une travailleuse sociale caractérise la façon dont elle a travaillé une dimension importante du problème objet de la demande de services :

*Je l'ai travaillé avec elle. (19)

Dans cette perspective, les travailleuses sociales considèrent le vécu et la reconnaissance formelle du potentiel des clients comme points de départ de l'intervention.

*Je vais toujours chercher ce qu'elle vit...Je pars sur son terrain...quand je sais que les émotions ont été dégagées. (12)

*La recentrer sur elle-même, on est tous quelqu'un de bien, qui en vaut la peine. (16)

*Faut faire attention, au niveau des valeurs...des normes...il faut respecter... C'est avec la personne avec qui on travaille, faut regarder jusqu'où est prête à aller. (18)

De même, le fait d'avoir un problème est considéré comme une caractéristique humaine, comme le cheminement existentiel ou la croissance personnelle sont indices d'humanité.

*Elle réalise que c'est humain... (12)

En outre des diagnostics et autres évaluations formelles des problèmes et ressources souvent exigés pour mobiliser une ressource d'État, les deux groupes professionnels réalisent plus ou moins explicitement ce qu'il serait possible de nommer des diagnostics existentiels où, par exemple, l'optimisme, la maîtrise de soi, la lucidité caractérisent positivement le client et permettent d'interpréter ses possibles. Si ces diagnostics existentiels sont peu ou prou formalisés à l'occasion de l'archivage, l'observation terrain nous permet d'affirmer qu'ils sont au cœur de l'activité de production de récits interprofessionnels. Nous nommons ces narrations *récits-client*. Il s'agit de narrer l'histoire du client de façon telle que l'ensemble des facteurs signifiants sont mis en ordre, interprétés puis stabilisés en une forme narrative déterminante pour identifier les possibles de l'intervention. Ces récits sont présentés, lors des nombreuses et fugaces discussions de corridors, où ils sont actualisés du regard des autres. Ils trouvent leur validité par leur capacité à faire consensus. Ces récits, éventuellement à multiples voix, constituent à n'en point douter les lieux privilégiés de l'interdisciplinarité pratique. Les possibles interdisciplinaires sont alors en grande partie conséquents des conditions de ces rencontres pratiques.

Dans les métiers relationnels, intervenir implique au plan praxéologique que **le regard de l'intervenante soit relativiste**. En fait, le cadre de l'intervention est relationnel, car il met en scène des sujets et que l'action porte sur des phénomènes particuliers plutôt que sur des objets stabilisés. Il va sans dire que ce caractère relativiste participe d'une *épistémè* spécifique, où le relativisme occupe une place forte. Néanmoins, notre réflexion porte ici sur la dimension strictement praxéologique de cette caractéristique évidemment plus large que ne le conçoit notre problématique de recherche.

La principale manifestation de ce regard relativiste, et qui n'est pas sans comporter de nombreuses contradictions, consiste en ce travail incessant, au moins au plan existentiel, de «normalisation» des comportements. Nous employons ici les guillemets car il est nécessaire de signifier que nous empruntons le sens du terme, en l'occurrence aux intervenantes. Pour le

chercheur, la normalisation est l'activité de production et de transfert de normes. Pour les intervenantes, ce terme est employé pour dire aux clients, entre autres, la nécessité de reconnaître le caractère relatif des pratiques, en affirmant que telle ou telle pratique est «normale, correcte», en ce sens que chacun peut vivre sa vie comme il l'entend. Par exemple, il est «normal» qu'une personne ait de la colère, au point de penser passer à l'acte. Mais toute pratique est normale, c'est-à-dire correcte, en autant qu'elle n'occasionne pas de problèmes où qu'elle ne franchit pas un certain seuil social de tolérance. De plus, cette normalité relativiste peut impliquer une diversité parfois contradictoire de comportements ou d'attitudes correctes. Ainsi, une intervenante recevant une adolescente et sa mère normalisera l'une, en disant qu'il est correct que sa mère cherche à la contrôler, et l'autre, en affirmant qu'il est normal que sa fille cherche à s'émanciper de son contrôle. De tels messages, *a priori* paradoxaux et sources de schizoïdie pour un systémiste, expriment ici l'hyper relativisme existentiel des intervenantes. Tout est possible, en autant que cela ne provoque pas de problèmes pour soi, pour autrui, et pour la collectivité.

*J'ai demandé...à la mère de pas répéter 100 fois pour la chambre, mais plutôt de prévoir...qu'est-ce qui arrive ou qu'est-ce qui arrive pas si la chambre ...est pas faite...de pas vérifier ...tous les dires de sa fille à tout coup. En même temps, je normalisais vis-à-vis la fille que c'était normal que sa mère le fasse, avec tout ce qui s'est passé, puis tous les mensonges qui a eu. (20)

*À ce moment là, je le normalise : «Pour l'instant, ça fait ton affaire, c'est correct...En même temps, je lui fais voir qu'un trop grand isolement...Il va plus s'enfermer dans son monde, puis que ça, ça peut être...dangereux...Je vais normaliser, puis en même temps je vais peut-être recommander des affaires. (14)

Le sens commun laisserait croire que les infirmières, puisant dans un paradigme médical plus positiviste, feraient un usage d'exception d'un tel relativisme. Or, tel n'est pas ce que nous avons relevé. D'ailleurs, il faut remarquer que malgré les invitations de l'interviewer à dire leur *faire*, les infirmières ont tout autant parlé de la relation clinique dans sa dimension existentielle que les travailleuses sociales, et ce de façon en gros équivalente. Ce qui permet le relativisme, c'est le focus existentialiste sur le problème. Lorsque cet existentialisme ne peut se réaliser (parce qu'il est inaccessible pour le client, parce que la problématique sociale ou l'urgence est telle que cela n'est pas souhaitable, etc.), la positivité du geste des infirmières demeure toute entière. Il est en outre possible d'avancer l'idée que le relativisme peut se concevoir comme une prise de position formelle des intervenantes reconnaissant une commune humanité où chacun mène sa vie comme il l'entend. Nous qualifions cette posture

de formelle dans la mesure où nous savons à quel point l'intervention est en même temps, voire surtout, normalisante, ici au sens des sciences sociales. Au plan humain, il y a énonciation et évocation de la macrovaleur du respect, dans un contexte professionnel, disciplinaire et politique normalisant. Mais il importe ici de ne pas laisser entendre que la normalisation a sa source hors de la pratique, comme imposition brute d'une force extérieure contraignante. En fait, nous pensons plutôt que le relativisme côtoie les normes sociales dans un rapport axiologique qui nous est fondamentalement inconnu. Notre intuition est que le relativisme est plutôt formel et instrumental et que le travail de normalisation cherche à s'occulter lui-même, pour augmenter son efficacité pratique.

Pour les infirmières, même le geste dans toute sa positivité demeure un indicible de la pratique. Le *faire* est un acquis si incorporé pour les infirmières qu'il ne fait pas facilement l'objet d'un discours d'explicitation. Nous élaborerons ultérieurement une interprétation plus ample de ce constat. Qu'il suffise pour l'instant de souligner que cela traduit une composition complexe du travail où une conception positiviste du *faire* s'articule au relativisme qu'implique le fait d'être en relation clinique. Voici un exemple de composition du relatif et du positif : si les problèmes de santé sont hiérarchisables au plan biomédical, tout peut être grave au plan de la signifiante. L'intervention de l'infirmière doit en pratique tenir compte de ces deux dimensions du problème, tout en composant avec les possibles de l'intervention selon la circonstance (niveau d'urgence, niveau de problématisation sociale, etc.). Même pour certaines consignes scientifiques telle que la posture dorsale comme prophylaxie du syndrome de la mort subite du nourrisson, soit la norme admise en pédiatrie, l'infirmière reconnaît facilement que cette pratique n'était pas la même il y a quelques années et que la peur spontanée des mamans quant à cette posture est tout à fait normale.

*Toutes les mamans, quand on couche les bébés sur le dos, ont peur à ça. (5)

En fait, les infirmières affirment constamment le caractère imprévisible du corps ; même la science se voit fréquemment relativisée dans la dimension relationnelle de l'intervention, comme les effets pervers du positivisme sont contrés, notamment au niveau de l'étiquetage social. De même, la toute puissance parfois attribuée par les clients aux professionnelles est atténuée. Tous les arguments, *a priori*, se valent, même ceux de l'intervenante peuvent se voir relativiser en cours de relation.

*«Cigarette et pilule, ça fait pas bon ménage. Mais c'est sûr, qu'à l'âge que tu as, t'as pas de problème. »(2)

*«Chaque auteur a sa définition du burn out, je peux vous dire celle que j'ai retenue.»(10)

Il importe aux deux groupes professionnels de reconnaître et de dire tant la complexité que la synergie des problèmes des clients. Une part importante des jugements professionnels est estimée relative, le problème est alors perçu comme inscrit en divers processus, ce qui le rend complexe et simple à la fois ; complexe, parce que mouvant, simple, parce qu'il y aurait des processus types. Ce faisant, l'action porte sur ces processus pour lesquels les contenus sont relatifs et, somme toute, de peu d'importance.

*On aborde beaucoup de sujets quand on va...comme ça chez...les mamans. Tout prend le bord, on voit la santé, on voit...au niveau monétaire... (5)

*Je vois l'ensemble...de comment il fonctionne. (14)

*«C'est pas un absolu, c'est un moyen pour toi. »(14)

Au moins dans les discours, il y a reconnaissance de la pluralité axiologique et volonté de la respecter. Nous soutiendrons plus loin que cette reconnaissance formelle (et souvent emprunte de désir) doit être mise en tension, par l'analyse, avec l'action incessante sur les normes. Mais au moins au plan praxéologique, il y a nécessité de respecter la pluralité axiologique.

*Admettons que si ça avait été sale dans la maison, et qu'ils avaient toujours vécus comme ça...Moi je vais leur offrir de l'aide ménagère...Si moi je considère qu'il y a un besoin là, mais pas eux,... alors je touche pas à ça. (17)

Car en regard du relativisme, de nombreux changements axiologiques et normatifs sont visés par l'intervention. Par exemple, il y a nécessité impérative de devenir «adulte».

*Alors t'as le droit de te revirer de bord puis de dire maintenant «J'en tire ma leçon...Je prends mon côté adulte. » (12)

Le relativisme a en pratique ses limites, notamment en regard des orientations mises de l'avant par les appareils d'État auxquels participent les intervenantes. Par exemple, une travailleuse sociale en milieu scolaire hésite entre encourager une adolescente à exécuter une tâche, en l'occurrence tondre le gazon, et respecter la campagne publicitaire sur le même thème qui recommande aux parents de ne pas laisser aux enfants cette activité.

*Ils font même de la prévention, dans ce temps-ci, pour pas laisser ça aux enfants...Elle a 13 ans...est aussi grande que moi, mais c'est quand même une job ...pas nécessairement...faisable. (20)

Bien que les deux groupes professionnels se revendiquent d'un certain relativisme axiologique, cette posture apparaît plus radicale chez les travailleuses sociales. Le holisme existentiel est tel que les contenus n'importent pas vraiment ; ce qui compte avant tout, ce sont les processus et le cheminement existentiel du client. Dans certains cas, l'intervention se résume à une maïeutique de l'existence favorisant la croissance personnelle du client.

*«C'est vraiment une hypothèse, je vais vérifier avec toi. Tu me dis ce que tu penses de ça.»
(19)

Alors que le relativisme chez les travailleuses sociales peut avoir une connotation culturaliste (ethniste, classiste, etc.), il semble strictement personnaliste chez les infirmières. En fait, il appert que la posture relativiste soit constitutive du groupe professionnel des travailleuses sociales, alors que pour les infirmières les caractéristiques de la tâche sont des plus importantes pour discriminer les différents rapports que les infirmières peuvent entretenir au relativisme. Lorsque la tâche comprend une dimension relationnelle importante, le relativisme est d'autant plus fort. En fait, il est possible d'avancer qu'une posture ostensiblement relativiste est une condition de l'entrée en relation en modernité avancée. La figure de l'expert s'autolégitimant ne semble plus d'une assez grande stature, au moins au plan du case work, pour dénier certaines exigences praxéologiques. Il va sans dire que la pertinence de cette analyse ne s'étend pas au-delà des professions que nous étudions, éventuellement à celles occupant une place similaire dans le champ des professions. Est-ce à dire que ce relativisme résulte tout entier d'une nécessité praxéologique ? Et que derrière cette façade se cacheraient des intervenantes manipulatrices et contrôlantes ? Suivre une telle piste invaliderait notre propre perspective théorique. Le relativisme, comme l'humanisme, sont certes conditions praxéologiques dans les métiers relationnels. Mais il est également condition de l'épistémè, à la fois *agit par* et *agissant sur* l'agent. Il importe de ne pas réduire les termes de l'analyse et de réfléchir ensemble comment des conditions sociales, des conditions praxéologiques, des *ethos* professionnels et des désirs singuliers s'articulent et, ce faisant, créent les possibles de l'action.

L'intervention exige donc **la production de différents récits**, objets de consensus. Nous avons été frappé de constater que tous les entretiens de recherche ont débuté par une mise en récit similaire de l'intervention : l'histoire du client, le problème qui l'affectait et les possibles de l'intervention étaient d'emblée exposés, comme réponse à la consigne d'ouverture se

formulant à peu près comme suit : «Parlez moi de l'intervention que vous venez de faire». Les locutrices semblaient estimer qu'il n'eut été impossible à l'interviewer d'accéder au sens du discours sans cette mise en récit liminaire. D'une certaine façon, cela fait sens. Cependant, le type énonciateur «narratif» du récit demeura en général tout au long de l'entretien. De même, la plupart des interactions interprofessionnelles observées sur le terrain comportaient une part importante d'activités narratives de même ordre. Nous pensons même qu'il s'agit là de l'un des invariants praxéologiques les plus importants que nous ayons identifiés pour appuyer la présente thèse. Encore plus fondamentalement, il s'agit là de l'une des activités les plus interdisciplinaires qui soit. En effet, ces activités de mise en récit, souvent réalisées au fil de discussions de corridors et de rencontres d'équipe, visent à construire en pratique une cohérence biographique, avec les enjeux épistémologiques que cela comporte (Passeron, 1991) du point de vue du chercheur. Cette mise en récit se compose en général des dimensions problématiques et diagnostiques, du contexte de vie du client, et des caractéristiques de la relation elle-même. Ainsi s'ouvre un entretien :

*C'est un petit couple qui est bien solide, bien heureux, qui a pas d'enfants. Ils ont une nièce qui est très présente, qui s'en occupe, qui vient d'aménager avec eux. Monsieur, la semaine dernière, il a demandé au médecin si il en avait encore pour longtemps, le médecin lui a dit «Une à deux semaines». Le monsieur il a comme été confronté à son pronostic avec une date très rapprochée. Il a pris ça quand même assez difficilement, il s'est fait à l'idée, il a lâché prise. (8)

*Je connais son histoire, où elle a mal ...Comme les nausées, je demande toujours s'il a fallu qu'elle en prenne plus [de médicament]. (7)

Cette mise en récit s'adresse également aux collègues de travail :

*Je lui ai dit son diagnostic, comme quoi c'est un jeune...Bien je lui ai raconté son histoire. (3)

*J'ai parlé de l'état de Monsieur, «Son état se dégrade plus rapidement que je pensais. D'ici la fin de la semaine, il serait décédé»...Juste pour dire où s'en était rendu. J'en ai reparlé avec la travailleuse sociale. Est venue parce que elle est passée lundi, elle le savait que je passais aussi, je lui en avais parlé...c'est elle qui est venue me voir, elle l'a vue plusieurs fois. Quand est venue pour la première fois, c'était pour le gardiennage, dire que ça avait été accepté...Elle savait pas ce que je savais exactement ...on a parlé de la situation, de l'état de Monsieur...Voir où s'en était, puis le pronostic. Monsieur était couché, elle l'avait pas vu. Je lui ai expliqué l'état de Monsieur, que vraiment, il y avait une grosse baisse, puis que j'avais insisté pour que le lit soit installé... Pour qu'elle soit au courant. Qu'elle soit située sur la situation de santé...Elle, de son côté, elle me dit où elle est rendue dans ses démarches, qu'est-ce qu'elle entreprend. Elle fait des démarches pour une gardienne et aussitôt qu'elle en a trouvé une, elle appelle Madame. (8)

*Si on se fait pas une équipe, on se parle dans le corridor comme avec [prénom du médecin], la travailleuse sociale, l'auxiliaire familiale. (7)

*Je voulais permettre qu'il parle, on me disait ce jeune parlera pas. (11)

*Ça a été ça...l'histoire. (15)

Une part importante de l'intervention porte donc sur la cueillette des matériaux nécessaires à la reconstruction d'un récit cohérent et présentable. Cette cueillette se réalise d'abord auprès du client, éventuellement auprès de proches et d'autres professionnelles impliquées plus ou moins directement dans le dossier.

*J'ai parlé à une collègue qui a suivi sa sœur. À dit «C'est une fille qui tenait son budget». Il y avait comme...des ressemblances. (4)

*[La nièce], c'est comme un tierce personne, à voit ça différemment, elle est très impliquée. Elle me dit des choses que Monsieur serait peut-être pas capable de me dire, qu'il juge pas importantes. Je lui ai pas demandé des détails, elle va me dire globalement. (8)

Ces récits sont confrontés aux récits de collègues, actualisés par les informations qu'elles apportent et leur regard disciplinaire. Les intervenantes de la quotidienneté et de la proximité au corps, soit les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales, participent activement à cette activité de par leur capacité à témoigner de la quotidienneté. Les récits de corridors sont évidemment beaucoup plus riches que les récits d'archivage pour dire la complexité des situations. Ces récits sont l'objet d'une autocensure, ou plus précisément d'une protocolarisation et d'une représentation du récit, dans la mesure où le dossier constitue un espace public et qu'il peut être rapatrié en tout temps pour évaluer la pratique, voire même pour être invoqué en preuve lors de litiges. L'actualisation des récits constitue donc la principale activité interdisciplinaire de corridors, et même lors des rencontres d'équipes multidisciplinaires. Ainsi, lors d'une telle rencontre, souvent convoquée et animée par une travailleuse sociale, chacune des intervenantes y va, dans un premier temps, de son propre récit-client. S'en suit une sorte de négociation du récit, puis sa stabilisation relativement consensuelle. Une fois le récit stabilisé, les protagonistes parlent brièvement de ce qu'il y a à faire. Comme chacune est maître d'œuvre de sa pratique, et que sa vis-à-vis, de toute façon, ne peut ni évaluer, ni revendiquer une intervention particulière dans le champ disciplinaire de l'autre, la séance se termine par une courte et efficace activité de mise en séquence des interventions monodisciplinaires. L'essentiel du temps se sera écoulé à dire et à ajuster les récits de chacun. De l'activité d'élaboration des récits-client découlent donc les divers possibles de l'intervention qui, au plan disciplinaire, s'imposent d'évidence. Par exemple, si le

récit construit le personnage client comme ayant une carence au niveau de la compliance, l'intervention en sera conséquente.

Outre la question cruciale de l'articulation des multiples disciplines, les récits permettent de produire du sens destiné à divers auditoires potentiels. Il s'agira de donner sens au problème, à la maladie, à la crise, par exemple. De tels récits sont présentés au client, à ses proches, et aux divers interlocuteurs impliqués dans la situation problématique. Ils va sans dire que ces récits s'adaptent aux conditions de la relation avec l'auditoire. Il existe en outre des récits secondaires à l'intervention, mais néanmoins fort importants. Ces récits historicisent le C.L.S.C., le module, le programme et, bien entendu, sa propre pratique professionnelle. Enfin, il s'agit de produire et de stabiliser du sens, notamment en symbolisant le vécu. Cet intervenant lit des contes mythologiques aux clients de façon à symboliser leur vécu.

*Je peux lire une histoire. (12)

Au plan relationnel, l'intervention exige en outre **d'établir un lien de confiance et de signifiante** avec le client principal.

*J'avais comme un objectif à court terme. Je veux qu'il ait confiance en moi, après ça je vais l'amener à me laisser faire le traitement que je pense qui va guérir sa plaie. (1)

*Une fois que le lien de confiance est établi...elle a vraiment senti que je voulais les aider...Était contente de l'entrevue, elle souriait, à dit «Ça m'enlève un poids sur les épaules de savoir que t'es là. (17)

Ce lien est une condition de l'efficacité même de l'action professionnelle dans les métiers relationnels.

*Ça a de l'importance dans la relation d'aide. S'il y avait quelque chose, à un moment donné, qu'il allait moins bien, le fait qu'il ait confiance, bien ça va être plus facile. (3)

*C'est sûr qu'ils veulent pas de services, mais sachant que c'est des situations vulnérables...faut qu'il y ait un climat de confiance...que s'il arrive de quoi, ils nous appellent. (18)

*Mais pour faire ça, faut qu'il y ait, faut créer un climat...de confiance. (18)

Il s'agit, en pratique, de créer les conditions d'une ouverture psychologique préalable au lien. Pour ce faire, la communication sera maîtrisée et progressive.

*Je vais mettre tout ce qu'il faut...pour que le client se sente assez à l'aise pour s'ouvrir. (14)

Pour les tâches les plus relationnelles, cette condition devient impérative. S'il le faut, la progression vers l'atteinte des objectifs d'intervention sera suspendue le temps d'établir ce lien de confiance.

*Tout de suite faut qu'à me trouve sympathique. Fait que je m'organise pour qu'elle me trouve sympathique. Le lien de confiance, il s'établit dans les premières secondes. (17)

*Madame aurait pu trouver ça ...déplacé...que je lui demande de voir son mari toute seule...elle aurait pas aimé ça...Je veux pas briser un lien de confiance, parce que...si elle à m'aime pas...On est faites. (17)

Une part importante de travail d'intervention consiste donc à créer les conditions de l'établissement d'un lien de confiance et à entretenir ledit lien par le placotage, l'humour, les échanges courtois, etc. Parmi ces conditions, il y a la nécessité d'accepter une part «d'inutile» dans la relation, au bénéfice de l'établissement d'un lien, véritable capital mis en banque pour usage ultérieur. Nombre de stratégies d'affiliation sont alors déployées, notamment l'énonciation du caractère privilégié du lien avec le client, surtout lorsqu'un tiers est impliqué dans l'intervention (ex. : la mère d'une adolescente). Ce travail sur le lien et la confiance permet l'émergence d'un sentiment de commune humanité où le vécu de l'intervenante pourra éventuellement être investi partiellement et prudemment dans la relation. Cependant, cette commune humanité a un caractère quasi formel dans la mesure où d'autres stratégies visent à signifier la distance. Par exemple, toute réciprocité existentielle, ne serait ce que le fait d'accepter un cadeau de courtoisie, est réprimée quasi systématiquement.

La nécessité d'établir un lien est certes des plus importantes. Cependant, elle ne forme pas un absolu incontournable, loin sans faut. L'urgence, l'incapacité de reconnaître le client comme autonome, ainsi qu'un ensemble d'impératifs sociaux balisent la nécessité praxéologique. En fait, il s'agit d'un invariant praxéologique relationnel essentiel jusqu'au moment où le registre relationnel laisse le pas à un registre qui ne l'exige plus. La possibilité de changer de registre d'intervention demeure une prérogative exclusive de l'intervenante, ce qui crée, il va sans dire, une limite à la recherche de commune humanité.

Favoriser la création d'un tel lien de confiance et de signifiante implique de nombreuses micro-actions, en général hors du champ de l'observation scientifique. Par exemple, la nécessité impérative de respecter les règles élémentaires de courtoisie, surtout lorsque l'action est à domicile, s'observe mal si l'on ne la cherche pas.

*J'étais pas...harcelant...Parce que je suis très respectueux parce que t'es pas chez vous. (18)

Le lien privilégié est certes celui qui se tisse avec le client désigné. Néanmoins, l'ensemble des relations avec les tiers sont l'objet de liens qui auront la force de leur nécessité. Plus la relation est nécessaire à l'atteinte des objectifs d'intervention, plus le lien secondaire ou tertiaire sera entretenu.

À l'occasion de la narration du récit, les intervenantes déclinent un ensemble d'indices de liens de confiance et de signifiante nécessaires à la formulation des diagnostics existentiels, mais aussi à la démonstration du bon travail des intervenantes. Ces indices sont la présence de pleurs, l'absence de réticences ou d'inhibitions, l'expression de la satisfaction, les marques ostensibles de la signifiante comme la détente physique du client, son ouverture à avouer une information nouvelle ou à dire les problèmes, l'accès à l'intimité, à l'introspection, voir au spirituel, ente autres.

*Quand il y a quelque chose, il me le dit. (3)

*Là on a rejoint le spirituel. (6)

*La personne...te dit des choses qui sont quand même assez... personnelles... une relâche physique. (13)

La qualité du lien constitue l'indice premier de réussite d'une intervention qui, tout compte fait, est d'abord une obligation de moyens plutôt que de résultats. Ainsi, si les résultats de l'intervention sont souvent intangibles, et donc impondérables, la qualité de la relation, quant à elle, se mesure quelque peu plus facilement que le gain d'estime de soi, par exemple. Faut-il le rappeler, l'intervention vise davantage des processus que des contenus. L'intervention-relation peut alors être perçue et revendiquée par les intervenantes comme l'entièreté de l'action professionnelle. Pourtant, il nous est clair que l'intervention se construit de façon beaucoup plus ample qu'autour de l'unique relation, comme en témoigne, entre autres, la possibilité de se sortir en tout temps du registre relationnel pour accéder à un registre plus intrusif. Cette vicariance du relationnel et du juridico-politique, par exemple, pose la question du statut de la relation dans l'intervention. Tantôt elle semble substantive à l'intervention, tantôt instrumentale à un projet politiquement légitimé.

Le caractère mi-substantif, mi-instrumental du relationnel dans la question de l'établissement du lien se retrouve chez les deux groupes professionnels, mais selon une composition qui

varie quelque peu en fonction de la tâche à effectuer. Certaines infirmières semblent plus ouvertes à affirmer la dimension parfois instrumentale de la relation que ne le sont les travailleuses sociales dans leur ensemble. La différence de statut accordé au relationnel est cependant moins factuelle que symbolique. En effet, la part instrumentale de la relation, si elle apparaît honteuse chez les travailleuses sociales, peut néanmoins être déduite de l'analyse de l'ensemble des discours sur la pratique que nous avons recueillis.

Pour les infirmières, avant que le lien s'établisse ou en son absence, l'action se fait de façon plus formelle, en appui sur un protocole, sur un questionnaire, sur une séquence de gestes techniques. Le lien se tisse alors peu à peu, au fil de l'élaboration de la signifiante. Les travailleuses sociales, quant à elles, cherchent très tôt lors des premières rencontres à établir le lien. Pour certaines d'entre elles, cependant, protocoles et questionnaires infirmiers sont substitués par des formulaires administratifs. Quant aux travailleuses sociales case workers, elles se mobilisent toutes entières vers l'établissement d'un lien en début de suivi. Ici, le rapport à la tâche permet plus ou moins de jouer sur la séquence pour établir les conditions favorables au lien. Pour ces travailleuses sociales, les premières rencontres peuvent sembler incertaines et limitées à l'exploration de la demande. Mais ce flou est déterminant dans l'établissement du lien de confiance. Si les travailleuses sociales bénéficient d'une grande latitude à ce propos, les infirmières ont l'avantage extraordinaire, comme l'affirme Osiek-Parisod (1994), de la proximité au corps qui offre une condition très favorable à l'établissement du lien.

Le lien de confiance est utile à moult égards. Il permet entre autres l'engagement, facilite la parole, et ouvre sur l'introspection. Nous retrouvons encore ici cet espace de signifiante ou l'engagement se veut à la fois condition d'une commune humanité et condition pratique d'une relation toute sociale. Quant à l'introspection, il apparaît que l'ensemble des intervenantes ressentent cet appel des profondeurs. Il s'agit là d'un désir fort, véritable pulsion motrice des métiers relationnels. Mais pour reprendre l'analogie psychanalytique⁶⁵, le *surmoi* professionnel serait l'interdit de la fusion client/intervenante. Ce rapport désir/peur des profondeurs de l'âme structure tout à fait l'intervention dans les métiers relationnels,

⁶⁵ Qu'il faut lire strictement comme une analogie, c'est-à-dire sans fondement théorique sérieux.

notamment chez les infirmières cliniciennes qui se méfient d'une trop grande introspection, véritable lieu de toutes les ombres.

*Ça c'est touché comme le diable. (6)

Malgré son désir, une travailleuse sociale se rappelle que c'est elle qui est la demanderesse quant à l'introspection ou l'accession à l'intimité. Elle respecte le fait que cette demande ne correspond pas à un besoin explicite du client, même si cet accès permettrait d'aller plus avant dans la relation :

*Tu veux créer de l'intimité, mais c'est toi qui la demande. (17)

Enfin, en certaines circonstances (par exemple l'appréhension d'une problématique complexe), les infirmières cherchent à créer les conditions d'un lien multiprofessionnel, comme s'il importait d'anticiper les limites de sa propre action.

*Je pousse beaucoup...Au début, j'aime ça que la travailleuse sociale rentre...Parce que, si un cas [devient] problématique,... l'entrée est là...C'est moins menaçant, pour les gens. (7)

Pour des métiers relationnels, il va sans dire qu'il appert incontournable **d'établir et de soutenir une relation/communication**. La première condition de l'établissement d'une telle relation est *l'ouverture relationnelle* signifiée et pratiquée. Par ouverture, nous entendons cette posture psychique d'accueil à l'autre, à ses problèmes, et à ses façons de les gérer. Pour ce faire, il importe que la relation s'établisse d'abord sous un aspect plutôt informel de façon à apprivoiser le client.

*Au départ, je commence toujours par des questions que j'appelle informelles, genre «Parles-moi comment ça va à l'école», des zones que je sais que ... c'est O.K. (11)

*Être ouverte quand ...l'instant se présente. (6)

L'intervention implique quantité d'actions nécessaires à la relation : faire émerger et dire la signifiante, capter l'attention, illustrer son propos de façon telle qu'il fasse sens, contrôler son message, établir des repères qui constitueront l'histoire commune, s'inscrire dans les façons de faire du client (ex. : donner le main ou non, vouvoyer ou non), adapter le langage (ex. : en fonction de l'âge), faire plaisir, répondre aux questions, créer le climat relationnel, notamment en allégeant volontairement les climats qui s'alourdissent, prévenir le défaut d'adéquation des registres discursifs, tenir compte de l'information que l'autre possède, être pédagogique et s'adapter au contexte relationnel. Il va sans dire que la liste n'est pas épuisée ici.

Cet invariant praxéologique implique d'ailleurs des stratégies d'action engageant le client à entrer en relation. Par exemple, il peut s'agir de faire émerger l'émotion, de faire expérimenter une attitude ou un comportement, de déployer des stratégies maïeutiques engageant une réflexivité existentielle, de faire des allégories de toutes sortes, etc. En outre, la relation permet de lancer des ballons d'essai et de tendre des perches qu'un abord frontal pourrait faire apparaître comme une volonté intrusive forte, voire existentiellement illégitime. Les intervenantes utilisent leur capital communicationnel pour favoriser l'engagement vers des changements souhaités, des moyens espérés, des ressources estimées, etc.

*Je fais ça comme ça, au niveau du ton...là ça a été plus dans le fait de le répéter et de le ramener plus tard avec. Je me suis pas extasiée dans mon ton. (20)

La relation est donc objet d'un travail de mise en forme incessant, et ce tant au niveau de l'environnement de la relation que de la séquence relationnelle. À ce propos, il s'agit par exemple de marquer le début et la fin d'une séquence, de signifier les tours de parole lors d'une rencontre avec un tiers, de produire des résumés, etc. Ce contrôle de la communication comporte une dimension nettement proactive, en l'occurrence par la nécessité de provoquer la communication. Le défaut de communication rend tout simplement impossible l'intervention, en tout cas au niveau du registre relationnel. La relation en tant que telle apparaît donc comme une source de légitimité de l'intervention.

*C'est évident que le monde veut, quand ils sont là, dans le bureau...L'autorisation est implicite. (20)

Un défaut de relation, total ou partiel, comme le refus du client de répondre à une question attaque d'autant la légitimité de l'intervention. Cependant, dans certains cas, l'intervenante puisera dans des légitimités extrarelationnelles (Loi de la protection de la jeunesse, programmes de santé publique, etc.) pour surlégitimer son intervention. Il s'agit là d'un changement de registre majeur. Cet horizon de la légitimation forte (au plan social, il va sans dire) constitue l'envers de l'intervention conçue comme relation intersubjective.

Pour agir sur ce défaut de communication, il faut inviter le client à se dire, à formuler sa demande, à décrire ses symptômes, etc. Pour ce faire, les intervenantes identifient et neutralisent les entraves à la communication libre du client.

*Je vais relever des choses qui me semblent importantes. (14)

*Je le regardais...de façon ostentatoire pour que Madame comprenne que c'est lui que je voulais qui parle. (17)

Tant que l'intervention demeure dans un registre communicationnel, le contrôle des paramètres relationnels n'est évidemment pas absolu. Il se veut tendanciel et se doit de respecter, au plan praxéologique, le rythme de la relation, de l'interlocution, du renforcement du lien de confiance.

*Je fais pas ça selon mon rythme à moi...Ils me donneront pas l'information. J'y vais avec leur rythme à eux. (12)

De même, la relation permet la validation continue des informations, et ce tant par le client que par des tiers, ce qui assure une légitimité tout aussi continue et actualisée du récit-client. Ainsi, la plupart des entretiens cliniques dont les participantes à la recherche ont rendu compte s'ouvrent à leur initiative sur une question générale de cet ordre : *Comment ça va ? Quoi de neuf dans votre vie depuis la dernière fois ?* Ces questions conduisent la relation sur un mode dialogique, et constitue parfois une ouverture, voire un appel à l'introspection, mais aussi une façon d'assurer l'actualisation du récit-client, et donc la légitimité de l'intervention. Le climat relationnel favorise l'instillation discrète et progressive de commentaires, qui ont pour objectif d'influencer, de convaincre et d'argumenter de façon délicate et adaptée les comportements et attitudes du client.

*On est allé voir [bébé], c'est sûr que j'ai passé des réflexions... (4)

*Elle m'a montré ça, puis je lui ai passé des réflexions. (4)

Ce travail sur les attitudes est plus efficace si l'intervenante met de l'avant les bénéfices du changement ou de l'engagement et qu'elle réussit à contrer la *doxa* négative.

*On est arrivé avec des bénéfices nous autres, contrairement à ce qu'elle avait entendu. (2)

De même, la relation est d'autant plus forte, et donc utile, que l'intervenante arrive à s'affilier avec son client. Pour ce faire, elle peut utiliser son vécu et partager certaines de ses émotions pouvant contribuer à l'affiliation. Par exemple, cette infirmière, qui reçoit des jeunes filles qui désirent, entre autres, recevoir une prescription pour la pilule du lendemain, exprime à l'une d'entre elles qui revient la voir pour la cinquième fois une émotion professionnelle dite sur un ton très personnel, de façon à aller la chercher au plan émotionnel :

*Tu me décourages un peu, là, j'ai l'impression que je travaille mal. (2)

Cette nécessité relationnelle a parfois un caractère paradoxal dans la mesure où le désir de proximité, d'affiliation, voire d'intimité se conjugue à la nécessité pratique de conserver une distance avec le client.

*J'irais pas chercher vraiment à le connaître. Pour moi ça l'a beaucoup d'importance. Mais je cherche jamais à aller chercher le vécu des gens. (3)

*Notre intervention, c'est qu'il faut que je montre aux gens. C'est pas à moi, c'est leurs problèmes à eux...Je suis là comme aidant...Je suis là comme personne ressource pour montrer...les apprentissages. (7)

*C'est que les gens ils savent que c'est leur histoire...Ça évite que moi je suis le versement de l'histoire. (11)

La nécessité de maintenir une certaine distance peut également faire l'objet d'un transfert méthodologique, être modélisée comme une posture éventuellement utile pour le client. En fait, l'intervenante démontre, par sa présence, l'utilité d'une objectivation du problème, d'une mise à distance du client à l'égard de ce qui lui cause de la souffrance, de ce proche qui lui cause tant de soucis, etc. Cela permet de souligner une fonction importante de la relation dans l'intervention : elle permet de faire expérimenter et de modéliser auprès du client des pratiques communicationnelles et existentielles favorables à sa croissance personnelle.

L'intervention a alors un caractère multifocus nécessaire pour répondre aux exigences pratiques de l'entrée et du soutien de la relation. Le plan de travail pourra être adapté et modalisé à la rencontre intersubjective, voire relégué aux limbes de l'action s'il le faut. Cette pluralité des focus révèle aussi la préséance des processus sur les contenus.

*Les gens vont s'éparpiller...Lorsqu'on va les rencontrer...sont souvent très isolés...sont contents de voir du monde...ils ont bien des affaires à raconter...Donc t'as pas bien bien le choix des écouter. (17)

Le contrat de communication peut certes évoluer selon les exigences pratiques. L'intervenante en rappelle néanmoins régulièrement les clauses (par exemple : ne pas garder les secrets de l'un des membres du couple qui consulte) et informe le client d'un changement éventuel au contrat de communication. Cette transparence est essentielle à l'établissement de la confiance. Cependant, il faut souligner que ce propos sur la transparence ne concerne ici que la question du contrat de communication. L'intervenante déploie tout de même une action stratégique dont elle maîtrise essentiellement seule la mise en scène relationnelle.

Bien que les infirmières affirment l'importance de faire un tour le plus large possible de la situation problématique, ce désir doit se moduler aux possibles de la technique à faire (ex. : le prélèvement sanguin). Ainsi, pour les infirmières qu'on pourrait qualifier de sociales (en périnatalité, par exemple) le relationnel est central, la technique somme toute secondaire, en certains cas absente. Pour d'autres, qui prodiguent des services techniques (prélèvements, traitements, dépistages), le relationnel se réalise plutôt dans les trous de la technique.

*J'y avais donné [l'injection]...là j'ai commencé à [discuter], il y avait plus rien à faire en attendant. (6)

*En même temps que je lui donnais la piqûre, elle a tout de suite enchaîné dans un autre questionnement, en attendant. (6)

*J'ai eu la technique d'entrevue...Je trouve que ça aide beaucoup...à aller chercher ce que je veux...Quand j'ai ce que je veux...ensuite...on a du temps, on va...explorer toute sorte de choses...que...si j'avais pas eu la technique d'entrevue, je me serais...lâchée aller pas mal...C'est difficile de se ramasser après. (7)

Évidemment, selon les exigences de la tâche, les contingences pratiques et les possibles de la fonction, le rapport entre la technique et le relationnel varie grandement. Le relationnel permet à certaines de mieux faire leur technique, en favorisant une collaboration active du client pour une injection, par exemple. Pour d'autres, le relationnel permet de dépasser la technique, voire les limites que la place qu'occupe leur groupe professionnel dans le champ socioprofessionnel leur impose. Ainsi, le relationnel apparaît autant comme une possibilité de dépassement du groupe professionnel que de réalisation personnelle.

Les infirmières utilisent la part formelle de leur travail (questionnaires, grilles d'entrevue, protocoles pharmacologiques, vérification des A.V.Q.-A.V.Q.) pour glisser de l'informel, et ainsi amorcer, instiller ou soutenir le relationnel. Lorsque la relation est signifiante, le rapport peut s'inverser et la technique devenir périphérique à la relation. Les travailleuses sociales quant à elles prennent davantage compte de la proximité symbolique au plan de l'âge, du sexe, de la culture comme condition de la relation. Si la relation implique plusieurs clients, et donc autant de relations possibles, chacune d'entre elles fait l'objet d'un travail de maintien de l'équilibre communicationnel entre les divers protagonistes. Cela traduit probablement leur vision systémique des phénomènes.

De même, les travailleuses sociales portent une attention certaine au tacite de la relation. Pour elles, la relation est clairement un objet d'analyse à réintroduire dans la problématisation de la

demande du client. Elle apparaît ainsi moins comme un instrument de la réalisation pratique de l'intervention que comme une dimension de la mise en problème. Il s'agit de considérer les compétences relationnelles, le dit et le non-dit, la capacité d'entrer en lien comme autant d'indices permettant de produire une évaluation globale de la personne.

*C'est toutes des choses non-dites...faut faire attention à tout ça. (17)

Si, pour les infirmières, la relation peut être parfois considérée comme accessoire du *faire*, ou comme une occasion de dépassement professionnel, pour les travailleuses sociales elle constitue l'instrument premier de l'intervention et son lieu de réalisation. Lors de situations où les impératifs sociaux sont tels qu'une intervention apparaît impérative, les travailleuses sociales pèsent et soupèsent les risques sociaux en regard des potentialités de la relation. À défaut d'une relation signifiante, le seuil de tolérance au risque sera moins élevé, et vice versa.

Il va sans dire que l'intervention dans les métiers relationnels **se fonde sur la parole**. Intervenir est donc une modalité d'action avant tout dialogique. Par-delà le caractère de truisme de cet énoncé, il est intéressant de considérer ce caractère comme condition praxéologique du travail plutôt que comme volonté d'agir de professionnelles éclairées et volontaires⁶⁶, de sorte d'analyser son statut et sa fonction praxéologique dans l'intervention.

L'activité de faire verbaliser le problème, la demande, les possibles, ou d'obtenir un accord explicite, une confirmation, un acquiescement, une validation d'une interprétation ou une corroboration d'un événement procure une légitimité accrue à l'intervention.

*...toujours valider ...«Comment ça va, aujourd'hui ? Si t'es fatigué, dis moi le.» (7)

Plus spécifiquement, la verbalisation constitue une véritable preuve factuelle de l'intention, du consentement, du problème, qui outre son caractère de légitimation, pourra être invoquée en preuve, s'il le fallait à l'occasion d'un litige, par exemple. Obtenir la parole, et mettre en mémoire l'obtention

⁶⁶Par opposition à la figure archétypique du fonctionnaire, estimé rond-de-cuir obtus, involontaire et somme toute homme ou femme de peu de paroles.

de cette parole par une note au dossier, constitue donc une source de protection professionnelle⁶⁷. En effet, en regard de l'extraordinaire ouverture des intervenantes face à la complexité des situations et de leur engagement indéfectible pour les clients, la préoccupation de se protéger au plan professionnel, notamment par la rédaction des notes évolutives très maîtrisées, semble constituer un invariant praxéologique fort. Le caractère langagier et évanescent des matériaux de l'intervention, en regard du caractère crucial des enjeux qu'elle affronte, exige le développement de stratégies de protection professionnelle à l'égard de plaintes pouvant provenir du client, d'un proche ou d'un tiers, du système public d'inspection professionnelle, du regard des pairs et autres collègues, ainsi que de l'employeur. Au dossier, une intervenante indiquera comme suit une preuve déterminante obtenue par la parole : «Mme X m'a dit que...».

Au plan diagnostique, l'énonciation, la capacité de dire ou non, la mise en mots ou l'occurrence des énoncés constituent autant d'indices permettant de donner sens au problème ou à la situation. Au-delà de la demande formelle, la première énonciation du problème constitue le point de départ pratique de l'intervention et fera l'objet d'une réévaluation continue.

*Voir où qu'il se situe, où qu'il voit ça comme problématique. (11)

*Mon but principal, qui était fixé avant c'était : je veux savoir où qu'il se positionne lui...Je voulais qu'il me détaille, pas en termes de voyeurisme, qu'il me détaille ce qui s'était passé...Je voulais comme sa version pour savoir plus loin ce qui en était. (11)

*La première chose que je lui ai demandée...«Pour quelle raison que tu es assis ici?» (11)

*Là à dit :« Là, un jour à la fois, puis...je veux pas, -l'indice, c'était ça- je veux pas...commencer à penser à ça tout suite...J'ai des choses à vivre, je veux les vivre. (18)

*Je vais répéter...ce que la personne a dit ...pour mettre plus d'emphase. (20)

La parole, comme toute parole intéressée et pertinente à la situation, est évidemment fort recherchée. L'intervenante travaille à en favoriser l'expression la plus libre possible. La relation vise notamment à favoriser le dépassement des limites de cette parole en soutenant l'expression des craintes et autres tacites. Si d'emblée un défaut de parole constitue une limite factuelle de l'intervention, et que l'intervenante cherche à la repousser davantage, cette parole demeure d'abord et avant tout une responsabilité existentielle du client.

⁶⁷ Nous avons entendu lors d'une réunion d'équipe une intervenante exprimer à peu près ceci : «En tant qu'intervenante, beaucoup de nos actions et de nos interventions sont dictées par la peur». Peur de faire une erreur, peur de voir son client dans le journal du lendemain, peur des poursuites, peur du jugement des pairs...

*Il m'en parle quand c'est nécessaire. (3)

Les intervenantes cherchent, en engageant la parole, à faire expérimenter des changements ou de nouvelles façons de faire.

*Je lui ai demandé s'il peut se faire obéir...autrement. (15)

En outre, c'est à travers la parole que l'intervenante accède à la complexité des problèmes.

*On a assez jase, on a fait un gros tour de jardin aujourd'hui. (7)

Pour les travailleuses sociales, favoriser le dire a une visée thérapeutique en soi. Il ne s'agit donc pas que d'une condition instrumentale de la relation. Ainsi, elles sont plus actives pour contrôler non pas le contenu de la parole mais bien le domaine de la parole. Si, dans un premier temps, il est nécessaire d'accepter le domaine de parole tel qu'il s'énonce chez le client...

*J'étais vraiment dans ce qu'il a accepté de me donner. (11)

...les travailleuses sociales cherchent à le diriger vers un domaine de parole plus spécifique, de façon à éventuellement distendre les frontières du disable et de l'indisable.

*Ce que je veux c'est qu'on aille dans ces sujets là. (11)

*Il m'a dit ce qui est disable. (11)

Par exemple, il peut s'agir d'exprimer des doutes et de mettre en lumière les zones d'ombre contenues dans la parole. Dans la citation qui suit, le travailleur social cherche à faire dire par le client un acte répréhensible, objet de la consultation. L'intervenant fait décrire très finement la séquence d'événements par le client. Proche de l'événement critique, en l'occurrence un comportement sexuel inadéquat, le client élude de son discours l'indisable. L'intervenant met en lumière cette carence de la narration en signifiant qu'elle lui est suspecte et qu'elle invalide l'énoncé du client à ses yeux.

*«Parce que là il se passe rien...mais c'est sûr que ça regarde mal.» (11)

En fait, surtout pour les travailleuses sociales et pour certaines infirmières sociales, la parole est problématique, en ce sens qu'elle se conçoit comme part du problème. Il faut alors développer des stratégies pour la faire sortir, pour la valider, pour accéder au vrai qu'elle peut contenir. C'est qu'en matière d'intervention sociale, le client n'est pas l'unique

demandeur. Sa demande, parfois imprécise, s'articule aux demandes sociales. Ainsi, le caractère volontaire de la présence du client s'altère quelque peu des exigences des demandes sociales, connues plus ou moins explicitement par le client. La parole devient d'autant suspecte. En outre, il est parfois nécessaire de dire l'indicible sans vraiment le dire, ce qui serait une substitution illégitime de la parole véritable, celle du client.

*Ce que tu as à me dire c'est probablement très lourd, fait que c'est pas évident à dire à quelqu'un... (11)

Ce travailleur social connaît fort bien le contenu lourd et indisable que son client a à lui transmettre. Il lui signifie qu'il sait, sans le dire pour autant. L'objectif de l'intervention est de voir jusqu'où le client est prêt à dire ; idéalement, la capacité du client à dire véritablement l'indisable traduirait sa repentance, sa capacité de se prendre en main. Cette potentialité, comme cette limite, sera réintroduite dans l'analyse, dans la problématisation clinique, et donc dans le récit-client. En pratique, le tacite sera en temps opportun élucidé et objet d'un travail spécifique.

La texture de la parole, son ampleur et sa profondeur indiqueront la signifiante de la relation et apparaîtront, pour des interventions dont les résultats sont souvent peu mesurables, comme *preuves* pratiques de l'efficacité de l'intervention.

*...toujours pour confirmer avec les deux...Il faut que je valide ça aussi. (7)

*Je lui dis pas comme une affirmation, j'ai ce feeling là comme hypothèse. J'ai cette...idée en tête ...Mais je n'ai aucune...Je la nomme tout haut, je vois comment ils réagissent ...Eux autres vont me le dire ...si ça a du sens ou non. (19)

Toujours au plan praxéologique, l'intervention est une action toute entière tournée vers un but générique, soit **viser le changement** et toutes ses déclinaisons possibles. Les cibles de ce changement sont bien entendu diverses. Pour les infirmières, il s'agit d'abord et de façon archétypique de la guérison. En C.L.S.C., où le modèle McGill se déploie, la guérison s'énonce cependant de façon plus générale par le désir du *mieux*, comme étape du développement de la santé globale.

*Je suis contente, si c'est amélioré. (1)

La santé globale inclut de toute évidence le plan existentiel, avec une ampleur variable selon les problématiques. Par exemple, une intervention de soins palliatifs engage le *mieux*, mais

évidemment selon une optique palliative de contrôle de la souffrance, de la sécurité du client, du support aux proches et de la réduction de l'angoisse de la personne à l'égard de la mort si proche. La guérison n'est donc pas à proprement parler à l'horizon.

L'intervention vise d'abord un changement dans l'intention du client. Il s'agit notamment d'instiller un changement d'attitude à l'égard du problème, de la maladie, de son rapport à ses souffrances, etc. Nous employons ici, comme à plusieurs reprises précédemment, le terme *instiller*. Car il ne s'agit pas d'imposer, au moins directement, son point de vue sur le monde. Au plan relationnel, il s'agit plutôt de conduire le client vers certaines attitudes. Encore plus précisément, l'intervention consiste à créer les conditions favorables à ce que le client se conduise de lui-même vers certaines attitudes. Le point de vue que nous soutenons ici détonne des fréquentes évocations affirmant que l'intervention part du projet de changement tel que formulé par le client. Or, s'il est vrai que cette formulation première constitue un point de départ praxéologique crucial, comme nous l'avons d'ailleurs écrit précédemment, et qu'il est également vrai que l'intervention n'est pas imposition brute du point de vue de l'intervenante, l'intervention demeure néanmoins une activité d'instillation tant aux niveaux des valeurs, des attitudes, des comportements que des méthodes. Le terme *instiller* traduit l'équivoque même du projet d'intervention qui consiste à se mettre *au service d'un client*, dans le cadre d'une relation sociale politiquement et scientifiquement finalisée. S'il est inconvenant d'imposer un changement, il est légitime de tout faire pour l'instiller, eu égard aux demandes sociales. Il va cependant sans dire que cette logique n'a de sens que pour les objets qui n'exigent pas la mobilisation de légitimités fortes, comme c'est le cas de la Protection de la jeunesse ou des urgences du corps.

Il est possible ici de tracer une ligne entre comportements et attitudes, ligne départageant des modalités et niveaux d'intervention. En fait, le changement d'attitude ne fait pas, en général, l'objet d'une prescription sociale aussi forte et surtout aussi directe qu'une action visant les comportements (arrêt d'agir, suspension de droits, etc.). Dans la citation suivante, l'infirmière visiteuse invite délicatement la mère à ne pas accourir au chevet de son bébé au moindre de ses sons. Ainsi, elle pourra se reposer davantage et conserver ses quelques forces pour l'élevage adéquat du bébé. Cette invitation au repos est certes une volonté sincère d'éducation parentale. Mais elle s'inscrit aussi dans une perspective de prévention du bris d'attachement

qui, au plan social, est source de maltraitance ou de négligence potentielles, et donc source d'un éventuel et grave arrêt d'agir qu'exige la Loi de protection de la jeunesse.

*«T'as pas l'impression que si tu la laisserais dans son lit, qu'elle se rendormirait toute seule ?» (5)

Cet exemple traduit comment le désir d'aider se conjugue, se mêle, prolonge et parfois occulte le mandat social. D'ailleurs, ce segment tel qu'énoncé ne permet de comprendre en lui-même le signifié social. En cours de relation, le mandat social demeure occulté, ou à tout le moins tacite. Seul l'entretien pris dans son ensemble nous permet de comprendre que la citation ne réfère pas qu'à une simple discussion entre femmes attentionnées mais bien à une relation sociale orientée sur le mandat de prévention de la maltraitance.

En fait, le terme *instillation* induit l'idée d'une action faible en un temps, quoique relativement efficace au terme de la séquence. Si l'intervention sur la santé ou sur la protection peut être proactive, voire unilatérale, avec l'appui d'un mandat social puissant, l'intervention quotidienne en C.L.S.C. est surtout affaire d'influence. Évidemment, il ne s'agit pas ici de laisser entendre ni que le travail d'instillation implique une quelconque mauvaise foi, ni que l'intervention constitue une version édulcorée de l'hygiénisme d'antan. En fait, son efficace procède sans doute de ce jeu complexe et incessant entre l'action par les *techniques de soi* et l'action sociale plus intrusive, qu'elle soit médicale, juridique ou administrative.

*«Tu acceptes des choses qui sont pas vraiment...acceptables». La violence, c'est pas acceptable. (13)

La perspective du changement se joue comme un moyen de motivation et d'engagement dans une démarche qui, parfois, sera beaucoup plus ambitieuse que le changement visé explicitement par l'intervenante ou celui demandé par le client. Il importe alors de refléter la moindre trace du changement et du progrès.

*Je lui ai reflété aussi qu'elle avait une belle relation avec elle. (2)

*Ça peut être libérateur, ou ça va faire son chemin...Ç'a peut-être stimulé un petit quelque chose qui va continuer. (6)

Cette nécessité de viser le changement engage différentes façons de faire au plan pratique. Il peut s'agir d'établir les conditions pratiques du changement, comme nous l'avons écrit précédemment. Mais il peut aussi s'agir, pour certaines travailleuses sociales, d'assurer les conditions préalables à l'engagement vers un changement clinique. Parmi ces conditions

préalables se trouve la nécessité première de combler les besoins de base. Pour ces travailleuses sociales, il s'agit de pourvoir un toit, de lancer la demande d'aide sociale, de s'assurer que le client ait accès à un dépannage alimentaire, etc. Du côté des infirmières, le préalable est d'abord lié au corps : contrôle de la douleur et de la réalisation technique du traitement, par exemple.

Au plan de la souffrance existentielle, les intervenantes se mettent et signifient leur mise en disponibilité face aux clients. Elles travaillent à faire exprimer le plus finement possible la demande et ses tacites, dont en premier lieu la souffrance. Elles en prennent acte et reconnaissent explicitement que le changement pourra, au moins pour un temps, susciter de nouvelles souffrances. L'horizon du contrôle, de la réduction ou de la disparition de la souffrance apparaît, bien entendu, comme source de motivation pour l'engagement vers un changement. Les infirmières nous semblent globalement à cet égard davantage proactives que ne le sont leurs collègues travailleuses sociales. Cela s'explique en partie par le fait qu'elles mettent de l'avant des objets plus faciles à circonscrire et dont la problématisation sociale est moins équivoque. Ainsi, il est très fréquemment question d'enseigner, de s'offrir en modèle (au sens du modeling) lors d'activités d'expérimentation, ou de renforcer explicitement des attitudes. Pour ce groupe professionnel, le changement est un objet dont il faut suivre positivement l'évolution prévue et dont le contenu officiel permet éventuellement d'entrer en relation et d'accéder à des dimensions plus complexes de la situation problématique.

*Je retourne avec...une dizaine d'acétates que je vais ...passer dans à peu près 15 minutes...Tout le reste, c'est des échanges...C'est vraiment beaucoup d'animation. C'est la partie la moins intéressante de ma présentation...Tout mon travail est là, mais je trouve que c'est ça qui est le moins intéressant...C'est comme une énumération de choses. (10)

Pour les travailleuses sociales, le changement s'exprime moins par la guérison que par le mieux, mais surtout par la perspective du progrès. Il peut s'agir d'une perspective développementaliste au niveau des compétences, d'une perspective de croissance personnelle au plan psychologique, mais surtout d'une perspective de responsabilisation et d'engagement au plan existentiel.

*C'est l'aider à comprendre c'est quoi ça être adulte. (12)

*J'avais des buts bien précis...Je me dis, le fond, c'est pas ça, nécessairement. Le fond c'est que eux ils retrouvent un fond. (12)

*C'est de la resituer sur ses propres forces à elle...Essayer de la faire reprendre contacte avec elle-même...qu'elle a l'estime...pour qu'elle reprenne possession d'elle-même, de son corps, se réapproprie son énergie, sa propre amour. (16)

*«C'est quoi, ce soir, qui va te permettre d'atteindre ça ?» (12)

*C'est tu vraiment important de savoir...si c'est un problème, ou ça en est pas un ? L'important, c'est le changement qu'il va y avoir. (20)

Dans cette perspective, l'expérimentation et la conscientisation par les devoirs, la relation clinique en tant que telle, les transferts méthodologiques ou l'expression des sentiments sont autant de moyens pour favoriser la croissance personnelle.

*Les 2 ont à observer les changements positifs qui vont voir l'une de l'autre...je donne des devoirs ...pour pouvoir...voir les changements. (20)

En fait, en travail social, les gains sont multiples, quoiqu'ineffables, évanescents et souvent assez peu mesurables. C'est ainsi que le changement laisse le pas à une catégorie peut-être plus incertaine, mais sans doute plus globale et relativiste qu'exprime l'idée de cheminement.

*Je pense à faire un ensemble de cheminements. (12)

*C'est supporter monsieur dans son...cheminement vers le recours à une autre...façon...d'intervenir avec ses enfants. (15)

Les suggestions, recommandations, devoirs et, dans certains cas, confrontations, devront découler logiquement des possibles du changement tels que formulés en cours de relation clinique. Mais ils auront un statut secondaire au processus en tant que tel. S'il s'avérait que le cheminement exige de prendre un chemin de traverse, il sera pris. En certaines circonstances, le changement est plus intrusif et unilatéral. Il peut s'agir de provoquer un arrêt d'agir, par exemple. Il va sans dire que le projet de changement doit s'appuyer sur une légitimité forte, en général hors ou en outre de la relation clinique.

L'intervention exige au plan praxéologique que l'intervenante interprète, **donne sens à la complexité** de la situation clinique. Ainsi, par exemple, la quasi totalité des entretiens de recherche ont souligné la nécessité de donner sens à l'indicible corporel.

*Le faciès, elle est pâlotte...Les petits yeux cernés un petit peu...Elle avait l'air fatiguée, qu'elle avait l'air un petit peu...pas découragée, mais tu sais un petit peu...bouche...par en bas. (5)

*Son faciès, son expression de son visage. Je l'ai trouvé changé. Même depuis quelques jours. Je l'avais vu la semaine dernière...Changé dans le sens : amoindri, amaigri. Le regard est différent. Il a pas la lueur d'espoir qu'il avait... (8)

En outre du corps, il faut interpréter les symptômes et les diverses somatisations qui affectent le corps. Il faut donner sens aux attitudes, à la psychologie, aux valeurs, aux sens qu'attribue le client à son problème, aux rôles sociaux qui l'affectent, aux relations qu'il entretient avec les principaux protagonistes, au fait de formuler une demande, à cette demande même, aux preuves et indices de tout ordre, à l'état émotionnel. Il faut également interpréter le problème, l'ensemble de la situation, et les risques qui y sont associés.

*Parce que elle me disait qu'elle avait eu des difficultés...avec la pilule, la raison qu'elle est tombée enceinte. Donc je veux m'assurer que...il y aura pas un autre petit bébé...proche. (5)

*Elle disait qu'elle était dépressive, qu'elle parlait de la mort. Je trouve ça normal de parler de la mort...Où elle en est rendue, c'est ça...C'est la mort qui est devant elle...Je l'ai pas trouvée dépressive parce qu'elle disait ça...Je l'ai trouvée dans sa réalité...Est pas belle, mais c'est ça. (6)

Le traitement comme tel fait l'objet d'une interprétation, comme il est nécessaire de repérer les indices de signifiante, de savoir lire les conflits, les tacites de la parole, les sentiments qui s'y cachent, dont l'inquiétude. Il importe également d'entendre le sens tel que signifié par le client de façon à accéder à son univers de sens.

*J'ai quand même ressenti une petite inquiétude. (5)

*Les gens le disent pas, mais c'est ça qu'ils aiment. (6)

*Ça me situe, j'ai besoin d'avoir ce pouls. (10)

*Monsieur a tapé...qu'est-ce qu'il espérait comme résultat ? (15)

La relation clinique en elle-même, comme la relation entre des clients, la dynamique de groupe, entre autres, font l'objet d'un travail incessant de reconstruction du sens. En fait, les intervenantes se doivent d'être réflexives à l'égard de la relation clinique car elle est elle-même objet d'analyse à réintroduire dans le récit-client. Ce travail d'interprétation se réalise notamment à la faveur des activités de mise en récit ou d'actualisation des récits-clients (discussion de corridors, équipes multidisciplinaires, notes au dossier, etc.). Ici, la pluralité des points de vue, notamment ceux des proches du client, est importante, quoique non nécessaire. Elle permet d'accéder à l'univers de sens dans toutes ses dimensions. Cette activité d'interprétation n'est pas que passive, ou reconstitutive, elle est aussi productive, en ce sens que l'intervention est activité de production de sens auprès du client, de tiers, de collègues ou de l'État. Pour ce faire, les intervenantes réalisent diverses activités de recadrage, d'instillation et de formulation d'hypothèses interprétatives, dites ou non au client, d'ailleurs.

*Je dessine...une réponse ...Ça se dessine, on sait pas, c'est pas précis. Je le sens comme je te l'ai dit. (6)

*J'avais avancé l'hypothèse que vu que c'est le plus vieux...Le plus vieux lui reproche qu'elle a volé son père...«Ça se pourrait peut-être que il y ait un conflit de loyauté, de trahison. »(12)

*«J'ai comme une hypothèse par rapport à ça...J'aimerais essayer de décortiquer quelque chose avec toi...pour ...que tu comprennes... Tu me dis comment tu vis ça. »(18)

L'activité diagnostique porte tant sur l'objet (le problème, la situation, les ressources) que sur le sujet. Pour ce faire, l'accès à l'émotion véritable est précieux. Les intervenantes produiront avec de tels matériaux des microdiagnostics praxéologiques sur la compliance, la résilience, la capacité de dire, de comprendre, etc. Ainsi une infirmière note au dossier un microdiagnostic praxéologique liant l'objet et le sujet de la demande :

*«C'est un début de contraception, compréhension très bonne.» (2)

Il va sans dire que le terme *diagnostic* est employé ici selon une définition large et de sens commun. En un sens plus précis, si les infirmières sont claires à savoir qu'elles ne formulent pas de diagnostic, au sens médical du terme, elles exécutent néanmoins une activité diagnostique incessante et participent, comme les travailleuses sociales, d'ailleurs, de ce regard clinique décrit par Foucault (1963). En fait, les infirmières semblent ici à court de concepts pour dire une part de leur travail, ce malgré leur imposant bagage conceptuel. D'une part, le concept de *diagnostic* est affaire médicale, au moins au sens légal, et, d'autre part, elles se reconnaissent plus ou moins dans le terme *évaluation* auquel réfèrent les professions psychosociales. Pourtant, elles interprètent constamment le problème, le client, la relation, et ces interprétations se stabilisent en ce que nous appelons des microdiagnostics.

L'absence d'une confirmation factuelle ou discursive invalide, au moins en partie, l'interprétation du problème. En cette circonstance, la mobilisation professionnelle est mesurée, prudente et progressive. Les interprétations demeurent néanmoins en tout temps des matériaux privilégiés de la production des récits-client car elles permettent de concevoir et de dire la complexité des situations.

Les travailleuses sociales cherchent à interpréter, en outre des dimensions présentées *supra*, l'environnement comme milieu de vie, les ressources du client aux plans personnel, familial et de ses réseaux, ainsi que des ressources et possibles communautaires ou sociales auxquelles le client peut prétendre avoir droit. Par exemple, les programmes et possibles

institutionnels font l'objet d'un important travail d'interprétation des limites et de leur perméabilité, de façon à parfois les distendre quelque peu, voire à les adapter en certaines circonstances.

L'intervention se caractérise, toujours au plan des invariants praxéologiques, par **un travail incessant de catégorisation**. En fait, la forte impression d'évidence qui ressort des discours s'explique en partie par ce travail de classement des divers éléments diagnostics auxquels sont associés soit des protocoles plus ou moins formels d'intervention, soit des ressources, ou encore des possibles en termes de changement. La réalisation de l'intervention apparaît alors comme une composition pratique singulière qui découle d'une série de catégorisations. Ce travail de classement se réalise notamment en regard de catégories générales de sens commun (les jeunes, les gens, les styles de personnes, etc.).

*La première rencontre, ça me donne une idée comment la personne marche. (1)

*C'est le style de madame très conventionnelle. (2)

*Au départ j'ai une image c'est quoi un jeune qui a...13 ans. Je me dis est-ce qu'il correspond à l'image d'un jeune qui a 13 ans. (11)

*C'est tout à fait...adolescent, et...normal...de pas...nécessairement voir tout de suite. (20)

Le classement s'effectue également en regard de taxonomies mi-scientifiques, mi-empiriques concernant les pathologies, les niveaux d'urgence, les risques, les indices, les symptômes, l'étiologie en général, les types de clients, les facteurs aggravants, les conséquences, les méthodes et techniques, etc. La liste des entrées au classement est évidemment inépuisable puisqu'elle est à la mesure de ce travail incessant et complexe d'adaptation du *faire* aux possibles des situations. Ces systèmes de catégorisation se sédimentent peu à peu et se constituent en ethnométhodes, comme il en est de l'ethnobotanique.

Au-delà de la perspective doxique exposée au paragraphe précédent, nous estimons aussi ces catégories comme mi-scientifiques et mi-empiriques, en ce sens qu'elles se composent de différents savoirs d'usage ou d'expérience (Racine, 1995) dont la constitution réflexive en regard de savoirs plus formalisés est pour nous évidente. Pour reprendre Malglaive (1990), cette composition des savoirs se réalise par un processus réflexif d'apprentissage où les savoirs formalisés se modifient lors de l'épreuve pratique puis se reformatisent un temps, avant une nouvelle mise à l'épreuve. Les savoirs d'expérience prennent donc part à la

formation même des savoirs formels. Les savoirs en usage, pour reprendre le terme de Malglaive, ne sont donc ni l'application de savoirs formalisés au sens classique du terme, ni de simples savoirs d'expérience, entendus comme quasi génération spontanée du savoir. Dans cette perspective, il importe peu de savoir si l'action précède le savoir ou l'inverse, véritable aporie pour nous, mais bien d'analyser le processus dynamique dans sa complexité réflexive. En pratique, cependant, ces savoirs sont fédérés autour de l'idée d'expérience. Ce faisant, cette composition apparaît d'abord dans les discours comme autant de catégories pratiques, véritable typification interactionniste.

Les travailleuses sociales ont ceci de particulier qu'elles se méfient de la catégorisation sociale, même si elles y participent très activement par ailleurs. L'étiquette officielle ou le diagnostic formel sont fréquemment reçus avec méfiance et peuvent être réduits à de simples éléments de contexte que la relation clinique permettra d'évaluer avec plus de profondeur. Par exemple, un travailleuse sociale dans le service de santé mentale reçoit avec méfiance le diagnostic psychiatrique et réduit la portée de l'étiquette *schizophrène* dans la production du *moi* public de l'un de ses clients.

*C'est assez comme identité, comme identification. (14)

Intervenir, c'est **poursuivre des objectifs**, en général préétablis et explicites. Jusqu'à maintenant, les différences disciplinaires étaient moins nombreuses que les espaces de convergence entre les deux groupes professionnels à l'étude. Ici, le rapport aux objectifs indique une relative différence, souvent atténuée cependant par le type de tâches exécutées et la position occupée dans l'organisation par l'intervenante. L'objectif, pour les infirmières, semble davantage un donné qu'un construit à élaborer, comme c'est le cas pour nombre de travailleuses sociales. Les objectifs au cœur de l'intervention nursing préexistent en effet à la relation. Il peut s'agir de soulager, d'enseigner, de voir et de vérifier, etc. En cours de relation, se greffent toutefois à l'objectif principal des objectifs secondaires (quoiqu'importants au plan existentiel) discutés et négociés en cours de relation.

D'une certaine façon, les objectifs en nursing s'articulent aux désirs professionnels constitutifs de l'*ethos* infirmier, soit de faire ce qu'il faut pour assurer la guérison, désir qui peut parfois se réaliser à l'encontre de la volonté du client, puis celui d'humaniser la pratique, désir souvent

formulé par la volonté d'outrepasser les frontières du traitement dans sa dimension technique. Au-delà de ces frontières techniques se trouve un ailleurs important pour la reconnaissance de la complexité du travail infirmier. Mais malgré ces désirs profonds, il ne s'agit pas en général de négocier l'objectif puisque la maladie, le traitement, la technique ou le médicament imposent leur vérité. L'humanisation, tout aussi importante soit-elle, se réalise à la périphérie de ces vérités. Pour reprendre le système analogique de Boltanski et Thévenot, la pratique infirmière articule la grandeur du monde industriel du médical à celle du monde marchand de la négociation praxéologique et de la relation de services (1991 : 253).

Pour les travailleuses sociales, l'objectif poursuivi se veut plus clairement le fruit d'une négociation entre les désirs du client, les possibles institutionnels et les impératifs sociaux que portent les intervenantes. Les premières rencontres permettent d'établir le lien, d'évaluer la situation, d'établir un véritable contact existentiel de façon à ce que la formulation du problèmes et des objectifs soit signifiante pour le client. Au terme de l'exercice, seront éventuellement fixés les objectifs tels que négociés. En fait, il nous semble plus juste d'écrire qu'il s'agit d'une négociation de la formulation des objectifs plutôt que des objectifs en tant que tels. Par exemple, il peut s'agir de travailler l'objectif de la confiance, de l'estime de soi, des capacités relationnelles ou communicationnelles, etc., mais il s'agit toujours de favoriser une meilleure participation sociale du client à la société. Le plan d'intervention n'apparaît alors que comme la formalisation des objectifs poursuivis et élaborés en cours de relation, dont l'évidence apparaît très tôt, au plan implicite, dans l'intervention.

*Ma priorité c'est de faire le plan d'intervention, clair...précis. (20)

*Le plan, ça va être de préciser... qu'est-ce que ça veut dire en terme de comportements précis. (20)

*J'avais ...l'idée de faire le plan d'intervention. Où c'est qu'on s'en va ... C'est quoi que le monde veulent ? Mais il y a quand même...des bribes, qui sont déjà en action. (20)

*Dans ma tête je sais déjà un petit peu vers quoi on s'en va. (20)

Comme les infirmières, les travailleuses sociales ont des objectifs/désirs professionnels constitutifs de leur *ethos* professionnel. L'intervention en travail social poursuit toujours un but fédérateur dont l'intervention spécifique de la travailleuse sociale pour un cas donné ne forme qu'une incarnation particulière : à travers un vague projet émancipateur et humaniste, il s'agit d'aider le client à cheminer dans le bon sens, de le supporter dans sa croissance personnelle, en autant, il va sans dire, que les seuils sociaux de tolérance ne soient pas

franchis en matière de protection, de comportements déviants, etc. Ainsi, un travailleur social balise son désir sincère d'aider un père qui frappe ses enfants :

*Pour pas que ça se reproduise. (11)

Fondamentalement, les objectifs tendent à s'imposer d'eux-mêmes, en fonction du travail de catégorisation réalisé par la professionnelle. Ils sont cependant modalisés de façon continue tout au cours de la relation.

*Mes buts...étaient fixés mais ...ils étaient assez souples parce que je savais pas jusqu'où je pouvais aller. (11)

Quoiqu'il en paraisse à première vue, intervenir n'est pas affaire interpersonnelle comme le serait une stricte relation marchande. Il s'agit bien d'une affaire sociale qui se déroule au cœur d'un espace public, le C.L.S.C. Ainsi, les actions peuvent être en tout temps contestées et l'intervenante appelée à rendre des comptes, soit à des collègues, soit à des proches du client, soit à des administrations, éventuellement à des tribunaux. Pour intervenir, il faut donc non seulement constater des faits mais aussi **recueillir des preuves**. Ici encore, nous pouvons identifier une certaine différence entre les deux groupes professionnels, bien que ce repère ne soit pas suffisant à lui seul pour tracer la ligne de partage des eaux. En fait, l'action de colliger des preuves se réfère à au moins deux univers de sens. D'une part, un univers scientifico-technique, où la preuve est constituante du modèle expérimental. La preuve permet de démontrer une thèse, de valider une hypothèse, d'établir un diagnostic ou la nécessité d'une action. D'autre part, la preuve participe d'un univers juridico-administratif. Là, elle est affaire de faits qui confirment ou soutiennent une évaluation en regard de normes socio-juridiques.

Le niveau de preuve et de convergence des preuves (paroles, faits, témoins et artefacts) engage un même niveau d'intervention en autant, bien sûr, que la problématisation sociale des objets traités soit d'intensité comparable. Ce que nous voulons dire ici c'est que les impératifs sociaux ne suffisent pas, *in abstracto*, à engager une intervention lourde. La preuve fournira une légitimité empirique à cette légitimité normative de façon à éviter les contestations formelles de l'intervention.

Il s'agit parfois tout simplement de voir, de façon à pouvoir témoigner au besoin. Dans la situation qui suit, l'infirmière partage à de nombreuses reprises dans l'entretien de recherche

de tels constats empiriques, estimant que le bébé se porte bien et que, par conséquent, la mobilisation de la Protection de la jeunesse n'est plus à l'ordre du jour pour ce dossier, tel que le laissait entrevoir l'évaluation primaire, au moins en termes de facteurs de risque.

*Juste à voir, on voit bien, une petite dodue. (4)

Pour les infirmières, ce *voir* a une grande importance : voir le bébé, voir le milieu de vie, voir le problème de santé, voir le pansement, etc., pour éventuellement dépister des problèmes ou des besoins. Une absence de vérification devra éventuellement être justifiée de façon express (pas d'urgence, pas de demande, pas d'indice) ; elle affaiblit de toute façon le jugement, la parole étant considérée comme faible en preuve.

*C'est sûr, que je l'ai pas vue beaucoup avec le bébé dans les bras... Voir si elle cajole beaucoup son bébé...Elle est très attentive au bébé, par contre, je trouvais...Ça c'est encore à vérifier...les fois que je l'ai vue avec le bébé est comme attachée. (5)

*Je l'ai regardée, me je l'ai pas vue beaucoup. Je l'ai touché un petit peu. Je l'ai pas eu dans mes bras. Bien en tout cas, j'essaie si possible de le faire déshabiller tout nu le bébé...Pour justement voir... (5)

*Je lui ai juste vu le visage...Je me suis informée... (5)

Au dossier sont versés en preuve par les infirmières des schémas, des statistiques, des graphiques et des listes de symptômes visibles.

Du côté des travailleuses sociales, il s'agit plutôt d'*entendre*, de recueillir la parole. Au dossier, il est indiqué que Monsieur ou Madame a formulé la demande x ou y, qu'il ou elle interprète de telle façon son problème, etc. Ces paroles sont corroborées, renforcées de témoignages de proches. Le repérage factuel a tout de même une grande importance. Pour reprendre l'analogie judiciaire, il s'agit cependant plutôt de reconstruire une *preuve circonstancielle* plutôt que de faire la démonstration expérimentale d'une hypothèse.

*C'est pour avoir un topo, un petit peu plus de détail. (11)

*Elle me l'a dit...comme tel...Spontanément. (13)

*Je vais chercher une corroboration, du côté de Monsieur ...Quand on rencontre des choses qui sont plutôt...sujettes à interprétation. (15)

Aller voir est néanmoins utile pour pouvoir éventuellement témoigner auprès d'instances qui exigent une preuve plus formelle. Dans la citation qui suit, la travailleuse sociale au soutien à domicile est chez un couple de personnes âgées pour évaluer leurs besoins. L'intervenante monte à l'aide des informations recueillies une preuve circonstancielle, engageant son

jugement professionnel. Lorsque le couple, formellement admissible pour des services d'une agence étatique de services aux personnes handicapées, demande que le matelas orthopédique de Monsieur soit changé pour cause d'usure, en vertu d'un programme spécifique, la travailleuse sociale demande à *voir* l'usure de l'objet, pour pouvoir *témoigner* auprès de l'ergothérapeute qui réalisera cette partie du service.

*Je suis allée voir...effectivement si son matelas était si magané que ça. (17)

Parmi ces preuves et les diverses autres sources de légitimité de l'intervention se trouve le **statut du mandat ou de la demande** qui initie la mobilisation professionnelle et organisationnelle. Au plan praxéologique, le fait même d'avoir un client qui s'est déplacé au bureau implique une demande *de facto*. Faut-il encore que l'intervenante puisse bien identifier qui est le client véritable (le père atteint de la maladie d'Alzheimer, son fils demandeur ou sa mère qui prend soin de son conjoint depuis des années ?), signifier clairement le lien privilégié avec ce client, puis focaliser son attention sur lui. Surtout, il importe d'éviter ou de résoudre les conflits de demandes.

*J'étais comme un peu pris entre les deux. Je pense que c'est important d'établir...c'est qui mon client. Si c'est Monsieur, si c'est Madame. C'est sûr que les enfants sont inquiets. Mais si sont trop inquiets, on fait un certain travail avec eux. J'étais comme un peu piégé. (18)

Les mandats et demandes ont trois principales origines. D'abord et avant tout, le client est le premier porteur de la demande, notamment par sa capacité privilégiée de formuler la demande véritable.

*Il va venir me voir, on va être capable de l'aider. Faut que ça vienne d'eux autres mêmes. (3)

Les intervenantes cherchent, autant que faire se peut, à respecter la volonté explicite du client. Pour cela, il faut qu'elles procèdent à des activités d'explicitation de la demande. Elle est en outre actualisée tout au long de la relation et pourra, éventuellement, faire l'objet de sous-demandes ponctuelles, auxquelles les intervenantes tentent de répondre rapidement. Pour une demande de groupe, les intervenantes tentent de faire formuler collectivement la demande. Celle d'un tiers est reçue mais analysée avec précaution, de façon à ne pas provoquer un équivoque quant à la désignation du client véritable.

La demande a aussi une dimension socio-institutionnelle. Toute demande d'un client doit, d'une façon ou d'une autre, passer le test de l'arrimage à l'offre institutionnelle. Elle peut faire en sorte qu'une action qui cible formellement un client socialement désigné, le bébé, par exemple, occasionne une intervention plus informelle ou tacite auprès de la maman.

Il peut s'agir enfin d'une demande assez lointaine, voire diffuse (santé et sécurité publiques, protection des droits, etc.) ou plus rapprochée (cibles d'intervention prioritaires pour l'organisation). Dans ce dernier cas, la légitimité de la division/organisation du travail, ou ce qu'il est possible de désigner comme la légitimité de la tâche, est des plus structurantes de l'intervention. Ainsi, le mandat de vérification des A.V.Q.-A.V.D. procure une grande légitimité d'intervention pour les infirmières. Leur présence à domicile a alors un sens non équivoque pour chacun.

Le mandat institutionnel, dont la réalisation passe en partie par l'application de programmes, implique certes l'analyse des demandes en fonction de critères objectifs. Ainsi, le C.L.S.C. attribue des ressources d'aménagement du domicile en ergothérapie si la personne demanderesse se conforme aux exigences du programme. En période de rareté de ressources, ce seul critère est cependant insuffisant pour l'obtention du service. Au surplus de sa capacité à rencontrer les critères formels, la personne demanderesse doit formuler, à la satisfaction d'une intervenante qui en fait l'évaluation, une demande qui exprime une motivation personnelle forte et explicite. Cela illustre, s'il le fallait, l'articulation complexe des niveaux de demande.

En tous les cas, il appert incontournable pour les intervenantes de distinguer la demande officielle de la demande réelle. Notamment pour les travailleuses sociales, la demande initiale telle que formulée par l'organisation à travers son service d'accueil/évaluation constitue un point de départ formel, pour ne pas dire un élément contextuel, que la reformulation expressive de la demande par le client en début de relation clinique permet de valider ou de reformuler. Mais en tous les cas de figure, l'acte de demander constitue un point de départ formel à la mobilisation minimale de l'organisation par une activité d'évaluation de la demande, véritable droit fondamental du client dans les entreprises publiques de services aux personnes. À défaut de combler tous les besoins, le service a pour obligation d'évaluer toutes

les demandes *a priori* recevables. Mais si la demande engage l'organisation, elle n'engage pas automatiquement une intervention. Une fois le droit d'entrer au système accordé au client, la demande initiale se réduit pour nombre d'intervenantes sociales à un élément de contexte.

*Dans la première demande, ce que j'avais comme information, c'est qu'il s'était exhibé devant un petit gars de six ans, le petit gars aussi s'était exhibé devant lui...C'est ce que j'avais dans ma demande initiale. (11)

Il est ici nécessaire de souligner l'importance de la mission institutionnelle comme mandat fondateur de l'intervention, auquel s'arriment les «missions» professionnelles. En fait, l'ensemble des intervenantes interviewées ou observées affirment très clairement leur adhésion non équivoque au mandat organisationnel général d'aide à la population. En fait, la mission des C.L.S.C. permet de transcender les particularismes disciplinaire de tous ordres qui auraient tendance à fragmenter le travail, si ce n'était de ce facteur important de convergence. Le mandat prend aussi racine dans l'*ethos* professionnel et la reconnaissance sociale et organisationnelle dont il est l'objet. Le travail des infirmières ou des travailleuses sociales implique, par exemple, une mobilisation pour le soin et la promotion de la santé, d'une part, et une certaine volonté de contribuer au changement social et à la justice sociale, d'autre part. Pour les infirmières, par exemple, la mission d'enseignement est autant un mandat professionnel qu'institutionnel. La convergence de ces deux mandats, reformulés en des termes transcendants humanistes, et réalisés par l'incarnation d'un agent qui y adhère au plan existentiel, engendre une formidable synergie pratique mère de toutes les évidences.

À ce propos, la fameuse autonomie professionnelle⁶⁸ permet d'adapter le mandat professionnel à la complexité de la situation.

*Aussi je prends sa pression, mais c'est pas obligatoire. (6)

*Int : Vous avez pris les signes vitaux ?

Oui, mais des fois je les prends pas. (7)

En regard des mandats sociaux, l'intervenante doit, de par sa responsabilité professionnelle, gérer les risques inhérents aux conflits de demandes. Par exemple, un parent qui frappe son enfant peut demander un support psychosocial afin de modifier ce comportement. La

⁶⁸ Qui est en fait autant professionnelle qu'organisationnelle, comme condition d'adaptabilité de l'organisation à la complexité des situations de service aux personnes. Pour nous, il s'agit moins de l'autonomie professionnelle telle que désignée par les proclamateurs de la pensée professionnaliste que l'autonomie du travail pour certains travailleurs.

travailleuse sociale, ou l'infirmière occupant une fonction similaire comme en périnatalité, devra évaluer et, partant, gérer le risque inhérent au fait d'avoir un comportement socialement et juridiquement répréhensible, sans pour autant mobiliser d'emblée la Protection de la jeunesse. C'est sur la base de la légitimité de leur jugement professionnel, sous-tendu d'une sanction symbolique, et de leur capacité à miser sur la possibilité d'établir une relation signifiante que les intervenantes peuvent repousser la mobilisation de ressources lourdes. À cet égard, il semble avoir un désir collectif chez les travailleuses sociales d'attendre autant que faire se peut avant de répondre à une demande sociale contradictoire à la demande du client. Celle-ci a, au plan praxéologique, préséance sur la première le temps que la relation demeure possible et que le progrès vers la solution soutenu. Sous l'aspect bio-médical, la gestion du risque est moins incertaine, notamment par le fait que la division du travail médical implique la soumission partielle des infirmières à l'autorité médicale, autorité qui prévoit la dévolution d'actes aux infirmières. Ici, le risque est d'autant plus éludé que les actions de correction ont une capacité de changement objectivable.

En cours d'intervention, les intervenantes énoncent et rappellent fréquemment le mandat de façon à préserver le consensus sur la nature de la demande et, ce faisant, sur l'espace des possibles de l'intervention. En outre, ce rappel du mandat est le rappel de la légitimité d'intervenir dans la vie d'autrui. Il est cependant parfois nécessaire de dépasser la demande du client en offrant des services non sollicités mais objets d'une offre de service institutionnelle ou professionnelle.

*Au niveau de la dynamique de couple, il y a peut-être quelque chose à travailler, si ils ont le goût de la travailler...C'est peut-être quelque chose que je pourrais leur offrir. (17)

*On voit des besoins... que eux perçoivent pas du tout. (17)

Il va sans dire que la pluralité des mandats implique une complexité de l'intervention pouvant engager des rapports parfois équivoques, voire schizoïdes, à la profession. Ces rapports équivoques sont probablement en grande partie résolus par l'adhésion à la mission institutionnelle et par la cohérence et les exigences pratiques de la tâche.

*Il y a la réaction du thérapeute, puis la réaction du T.S., puis la réaction de l'éducateur. (11)

Comme nous concevons le travail des infirmières et des travailleuses sociales comme celui de métiers relationnels, l'intervention doit invariablement **prendre appui sur le client**. Pour ce

faire, il faut d'abord identifier et dire le client véritable ainsi qu'explicitement la demande qu'il formule. Seul le client peut véritablement dire ce qu'il vit. Les intervenantes s'assurent cependant de sa capacité cognitive, émotionnelle et sociale de dire et de décider, puis cherchent à obtenir un consentement implicite ou explicite éclairé. Une décision éclairée sera respectée autant que le permettront les impératifs sociaux. Le travail de type case work, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas application de programmes, de protocoles nursing, ou d'activités de groupe, implique que l'intervention parte, au plan de la relation clinique, de l'expérience du client.

*C'est le client qui nous amène sur des pistes. (14)

Au plan existentiel, en regard de l'obligation de moyens des intervenantes, le client a, sauf exceptions qui mobilisent un tout autre registre d'interventions, la responsabilité ultime de dire la demande, tout comme la responsabilité de l'appropriation des outils transférés, de l'engagement vers le changement, et de l'expression des difficultés. Les intervenantes favorisent quant à elles l'expression des peurs et des craintes et contrôlent le contexte d'expression. Elles rappellent et se rappellent fréquemment les bonnes responsabilités, dont la plus fondamentale, celle du client à l'égard de sa propre vie. Ce faisant, elles créent une distance praxique nécessaire aux métiers de la misère. Mais cela se complique d'une dialectique fondamentale au plan de l'*ethos* professionnel, celle du désir intense de respecter les attentes du client et de croire en ses capacités tout en ayant une certaine méfiance à son égard, notamment quant à sa volonté de dire et de s'engager vers le changement proposé. En fait, si le client souhaite l'intrusion de quelqu'un dans sa vie, comme en témoigne sa présence en bureau ou son acceptation de la visite à domicile, il n'est pas toujours prêt à entreprendre les changements que sa demande implique du point de vue de l'intervenante. Ce paradoxe se résout en partie par la fonction objectivante de la professionnelle qui permet et favorise la mise à distance du problème au client. En cas difficiles et ultimes, il peut y avoir traitement du problème, dissocié de l'existant, de la personne-cliente. Les intervenantes doivent composer avec ce paradoxe en jouant confiance et méfiance tour à tour.

Pour plusieurs travailleuses sociales, problème et client ne font autant que possible qu'un. Si le rapport au problème s'objective, c'est pour mieux s'y attaquer au plan existentiel. D'ailleurs, problèmes d'estime de soi, de communication, ou de souffrance envahissante

désignent l'essentiel des problèmes vus par les case workers, si l'on se fit aux entretiens de recherche. Cette pauvreté diagnostique exprime l'idée de l'unicité problème-client et le focus réalisé sur les processus type plutôt que sur les contenus. Pour les infirmières, le problème est plus facilement objectivable, et donc taxonomique et étiologique, et la mobilisation existentielle du client se réalise en outre ou à l'encontre du problème. Cela permet de réaliser le projet d'humanisation des soins à la périphérie de la vérité du traitement.

Le rapport au client, ou le rapport aux clientèles, procure à l'intervention une légitimité formelle qui s'espère détachée des contingences de la pratique et des obligations organisationnelles ou programmatiques. Elle permet d'espérer ou de revendiquer une transcendance de l'action, véritable primitivité d'une action professionnelle idéale et idéale. Ainsi, l'intérêt suprême de la nation professionnelle sera le client. Les autres mandats ne sont que contingence et pragmatique de l'action socialement située, en général décriées, surtout par les travailleuses sociales et les infirmières sociales.

La présence d'un client secondaire ou tertiaire (ex. : la mère d'une adolescente en clinique de prévention des maladie transmissibles sexuellement) est considérée à la fois comme un élément de contexte et comme une source potentielle d'informations utiles à l'actualisation du récit-client. En fait, le niveau d'interventionnisme se corrèle du degré de proximité au client. Un client secondaire fera l'objet d'une intervention secondaire.

Intervenir, c'est en outre écouter et recevoir de façon minimale le client dans son besoin de parler. Nous écrivons *minimale* en ce sens que les intervenantes ne peuvent se substituer aux carences socio-affectives du client. Mais elles doivent, notamment pour l'efficacité relationnelle, s'ouvrir à cette condition praxique de l'action. De même, si l'intervention est souvent action d'instillation normative, l'intervenante doit tenir compte du point de vue axiologique de l'autre qui fixe certaines cibles de l'action tout en traçant certaines limites infranchissables en pratique. Par exemple, l'infirmière qui présente les possibles contraceptions à une adolescente ne peut, dans le cadre d'une activité ponctuelle, explorer les craintes de l'obésité qu'exprime l'adolescente lorsque l'infirmière présente les effets secondaires d'un contraceptif. *A fortiori*, il lui est impossible dans ce contexte d'espérer un changement d'attitude, et ce d'autant plus que cette crainte caractérise davantage l'ensemble

des adolescentes que celle-ci en particulier. Cette crainte rend impossible d'envisager un contraceptif efficace, mais qui a comme effet secondaire le risque de développement de l'embonpoint chez certaines utilisatrices.

*La minute que j'ai parlé de poids elle s'est appuyée sur sa chaise. (2)

Ces valeurs et points de vue sur le monde tracent donc autant les contours des possibles de l'intervention, comme l'illustre la citation précédente, qu'ils permettent d'identifier les cibles de l'action. Dans un autre contexte d'intervention, cette infirmière pourra peut-être explorer la question de l'embonpoint avec cette cliente. Autant que faire se peut, l'intervention vise à modifier le rapport existentiel que le client entretient avec le problème au cœur de sa demande. Il peut s'agir, par exemple, de faire reconnaître le chemin parcouru, comme ici à une mère à propos de sa fille qui lui a parlé de ses premières relations sexuelles.

«Elle est rendue là, on y peut rien...Mais elle vous l'a avoué, c'est le fun.» (2)

L'intervenante formule alors, comme éléments structuraux de la production du récit-client, des diagnostics existentiels caractérisant le personnage au plan de sa *praxis*. Ces diagnostics n'ont pas le même poids selon qu'on les considère au niveau des dossiers ou des discussions de corridors. Au dossier, ils sont souvent abordés par la périphérie, factuelisé au mieux, et font l'objet de citations du client ou de ses proches. Le récit est ainsi mis en forme par l'intervenante à l'aide de citations qui procurent un effet biographique démonstratif relativement fort, pour les affaires de l'âme, il va sans dire. À l'occasion des discussions de corridors, ces diagnostics sont souvent plus explicitement au centre des récits, et campent ainsi les traits principaux du personnage-client. La citation suivante provient d'une infirmière visiteuse qui avait pour mandat d'évaluer la qualité de l'attachement d'une très jeune mère à son poupon de quelques jours. Son jugement définitif est suspendu, même les indices favorables sont nombreux. Au premier titre, la jeune fille relève un à un et avec brio les défis de mère qui se présentent à elle. L'infirmière estime alors, de façon provisoire, que cette maman est *débrouillarde*, compte tenu de son jeune âge.

*Je la trouve quand même débrouille. (5)

Les intervenantes sont attentives aux indicateurs de l'accès du client à son intériorité, qu'il s'agisse d'introspection, d'expression de l'émotion, ou de réflexions rétrospectives. Ces

indices sont dès plus importants pour formuler un diagnostic existentiel. Un début ou un refus d'introspection, comme une introspection débridée, entre autres, sont des indices existentiels de la mobilisation ou non du *soi* et, partant, de l'efficacité même de l'intervention.

*Elle y a pensé, c'est un indicateur. Je l'ai vue réfléchir, pas parler...Il se passe quelque chose, elle est en train de mijoter quelque chose, fait que je vais laisser faire. (19)

*Mais déjà qu'elle puisse résumer c'est choses là qui sont toutes...à l'intérieur de tes tripes...Je trouvais ça bon. (6)

En fait, les intervenantes souhaitent en général cet accès à l'intériorité et créent les conditions de l'introspection, car il s'agit de l'un des indices les plus forts de la signifiante relationnelle. L'une des façons les plus répandues pour ce faire est de provoquer l'expression de l'intimité en centrant le client sur le domaine de parole de l'émotion, notamment par le vague, quoiqu'efficace «Comment ça va ?», suivi d'un retrait de la professionnelle. Un tel retrait crée, ce faisant, un espace transitoire favorable à une parole incarnée. Surtout pour les travailleuses sociales, l'intervention à ce propos sera itérative, avec une volonté de toujours aller plus en profondeur, de conquérir sur les espaces vierges d'intervention.

*À chaque fois que je reviens, je reviens de plus en plus...solide. (11)

Aller plus loin, ou accéder à l'intériorité pour les cas les plus importants, semblent, pour les intervenantes, une condition de l'intervention quasi inévitable car véritable caractéristique de la condition humaine.

*Je perçois que ...elle veut pas toucher son intérieur, mais à ...à prend tout qu'est-ce qu'il faut...veut, veut pas, vont l'amener à une réflexion...Elle va toute chercher, puis tu vois qu'est en alerte. (6)

Toujours au plan praxéologique, intervenir consiste à **transmettre des normes**. Soulignons d'emblée qu'il s'agit là de la part occulte, quasi honteuse, d'un travail revendiqué comme humaniste, relativiste et au seul service des besoins des clientèles. Nous touchons là sans doute à la contradiction fondamentale des métiers relationnels associés à l'État. Soyons ici spécifique : la contradiction n'est pas pour nous carence ou malfaisance du travail mais condition dudit travail. Encore plus fondamentalement, si nous empruntons le cadre d'analyse structurale qui servira plus spécifiquement à l'analyse sémantique des entretiens de recherche au prochain chapitre, la contradiction est productrice de sens et dessine l'univers des possibles de l'intervention au plan sémantique.

*Je l'ai recadrée. (19)

*Je fais souvent du recadrage, par rapport aux difficultés, ou normaliser...préciser qu'est-ce que, comment la mère a agit par rapport à telle chose...c'est correct. (20)

Un premier type de normes concerne la dimension existentielle de la vie. Il s'agit moins ici de transmettre les normes du *bien vivre* en communauté que les normes du bien-être existentiel, comme celles, impératives, du *devenir adulte*, soit la nécessaire acceptation des choix existentiels d'un autre humain.

*Le chemin qu'elle a fait avec vous de vous avouer des choses, c'est correct, mais si elle n'est pas prête... (2)

Et il va sans dire qu'il y a aussi un travail sur les normes sociales en tant que telles. Pour ce faire, toutes les modalités d'action sont possibles. Il peut s'agir de les signifier comme sociales et impératives (la Protection de la jeunesse), comme de sens commun, comme objets de déconstruction, comme scientifiques, etc. En toute matière, il s'agit d'instiller avec délicatesse valeurs et attitudes socialement valorisées.

*Je l'ai emmenée vers ça. (2)

* Je lui avais apporté un petit document sur l'alimentation des enfants 12-24 mois...Je lui ai apporté pour montrer, regarder ça. (4)

*C'est sûr va falloir qu'elle fournisse pour le bébé. (5)

Il faut aussi noter que le relativisme se constitue souvent en norme, qu'il est nécessaire de transmettre pour favoriser le progrès existentiel du client.

*La mère était une personne très bien portante, je pense pas malheureuse de l'être, grasse. (2)

Une telle action sur les normes peut parfois conjuguer de façon étonnante une discussion ouverte et relativiste (faire une réflexion commune) avec une normalisation forte (passer des messages) de ce qui est bon ou nécessaire de penser ou de faire.

*J'essaye de faire la réflexion et de passer en même temps des messages. (20)

L'intervention **porte invariablement sur un problème** qu'il s'agit, dans un premier temps, de nommer, de formuler, d'illustrer, d'investiguer. L'expression du problème par le client donne à la fois accès au sens de ce problème et valeur à l'intervention comme telle en démontrant l'engagement du client à l'égard de son problème. Par exemple, lors d'une intervention de couple, un travailleur social est fort content que la conjointe dise le fond de sa pensée à son

conjoint. Ce faisant, elle problématise la situation de façon à engager une parole véritable pour chacun des protagonistes.

*«Si ça arrête pas, moi je vais lever les voiles...J'en ai...jusque là.» J'ai trouvé ça intéressant que ce soit fait...Je trouve que ça donne des assises solides, à notre...démarche. (15)

Le problème donne une légitimité sociale à la demande, s'il s'agit d'un problème socialement reconnu, bien entendu. Objet d'une demande, il constitue ainsi le point de départ officiel de l'intervention, alors que sa formulation incarnée en constitue le point de départ praxéologique. En fait, l'absence d'un problème réel ou appréhendé définit une zone de non-intervention. Certaines dimensions de la vie qui ne sont pas problématiques sont ainsi délaissées au profit de celles où il y a reconnaissance professionnelle, organisationnelle et programmatique d'un problème.

*Effectivement, il y a vraiment un problème. (10)

Il s'agit donc de problématiser, au sens scientifique de la mise en problème d'un phénomène.

*J'ai dit «Je trouve ça le fun comment ça évolue. Ça va bien pour vous autres. Mais ...c'est sûr que je trouve que t'as pas beaucoup de temps à toi toute seule...Toi, as tu des projets pour toi ?» (4)

*«Si à un moment donné ça va pas bien, est-ce que vous avez décidé de...demeurer à la maison...décidé de pas aller à la maison, ou bien si vous aimeriez aller à l'hôpital, ou dans un unité de soins palliatifs ?...» À partir de là...on parle de la mort. (7)

*Habituellement, ça se passe pas à 6 ans. Parce que, on ne baisse pas nos culottes, pour le fun de baisser nos culottes. (11)

*On l'avait comme préparé à ça, il avait une crainte. (14)

De telles mises en problème considèrent évidemment les conséquences du problème comme cibles d'interventions, réelles ou anticipées. Le problème tel que formulé devient une potentialité problématique, où l'apport professionnel concerne notamment un travail d'explicitation des incidences. Le client est d'ailleurs estimé trop collé sur son problème pour en voir toutes les conséquences, comme en témoigne le fait même qu'il ait formulé une demande d'aide professionnelle. Au plan du diagnostic, le problème se voit néanmoins relativisé en regard des ressources, de la résilience, de l'engagement du client, etc. Il va sans dire que de telles mises en problème procèdent de dimensions sociales fort structurantes, quoique non suffisantes à l'intervention. Les problématiques sociales (ex. : les grossesses hâtives), les mandats sociaux (ex. : favoriser le virage ambulatoire), et les impératifs sociaux (ex. : le signalement en Protection de la jeunesse) sont donc constitutifs, au plan

praxéologique, de l'intervention. Ce problème social, comme cet impératif social, sont internalisés à la pratique d'une intervenante qui leur permettra de se réaliser dans la complexité des raisons pratiques de l'empirie.

*Spontanément chercher le bébé, je voulais voir qu'est-ce qu'elle avait l'air. (4)

*On a parlé d'alimentation pour le bébé...Puis là...on avait des choses à corriger. (5)

Le corollaire de la mise en problème social est la nécessité de formuler des diagnostics sociaux en regard des impératifs sociaux de l'intervention. Ainsi, une infirmière visiteuse réalisant une rencontre de suivi à domicile auprès d'une très jeune mère, et qui a comme mandat social de vérifier le degré d'attachement de la mère, comme indicateur de risque de maltraitance, estima ceci :

*Je trouve ça rassurant, de voir...qu'elle est capable de remarquer des choses, chez son bébé. (5)

Ces reconstructions du récit-client permettent de formuler des diagnostics sociaux archivables : il s'agit d'une bonne mère, le bébé à un bon développement, etc.

*[Bébé] était toute dodue. (4)

Ces diagnostics pratiques sont au cœur du récit-client : ils comportent les possibles de l'intervention, notamment celui de lever la possibilité d'en appeler à une mobilisation lourde, comme le serait la Protection de la jeunesse, par exemple. Mais le diagnostic comporte un caractère provisoire, et il comporte souvent un appel à poursuivre le suivi. Si une jeune mère est capable aujourd'hui de remarquer les petits indices nécessaires à l'élevage du poupon (âgé de 10 jours), pourra-t-elle maintenir cette acuité d'observation, la fatigue nuisante, au troisième mois de vie du bébé ? L'infirmière recommande alors, par son diagnostic, de maintenir le suivi et de travailler sur le développement des compétences parentales de cette jeune mère.

Il s'agit aussi de problématiser, au sens dramatique du terme, de la mise en scène du *pathos*, des enjeux, des défis. Une telle dramatisation du problème favorise la conscientisation ou l'inscription dans une durée. Cependant, l'objectif n'est évidemment pas la dramatisation en elle-même mais bien un engagement plus fondamental du client vers le changement. A *contrario*, une trop grande charge émotive, nuisible à l'engagement, peut ouvrir sur une

activité de dédramatisation. Il y a donc un jeu de dramatisation/dédramatisation en fonction des impératifs praxéologiques de l'intervention. L'infirmière de la clinique jeunesse s'adresse ainsi à la mère d'une adolescente qui vient de lui apprendre qu'elle a des relations sexuelles :

*C'est mieux de trouver les pilules de sa fille que de savoir que sa fille est enceinte. (2)

*Là je lui explique que...sa maman fume...Donc c'est un autre des signes de la mort subite du nourrisson. «Je voudrais pas qu'il arrive un petit malheur à ton bébé» (5)

*En plus de recommencer, ça va encore plus loin. (11)

*Le but c'est de faire des lâcher prise. (12)

Le problème devient élément problématique de l'intervention s'il influe sur la relation clinique. En certains cas, il peut occasionner un refus de service, condition évidemment déterminante de l'intervention. Par exemple, le risque qu'un anovulant produise des saignements intermenstruels entrave l'intervention d'explication dudit anovulant auprès d'une adolescente qui refuse cette possibilité. Plus grave, la négation par le client du problème comme problème, comme les pertes de contrôle du client ou sa difficulté à dire l'indicible ou le tacite, problématisent la relation clinique. L'intervention a ici une dimension méthodologique de recadrage problématique et d'expression de l'émotion tacite. L'intervention se modalise alors sur la façon dont le problème qui se dit construit ses possibles. Est-il formulé de façon officielle ou existentielle ? Est-il dit ou tacite, chargé d'émotion ou non ? Fait-il l'objet d'une parole véritable ou non ? Une formulation officielle du problème engage l'intervenante, parfois malgré elle, dans une intervention quasi provoquée, car une telle formulation l'oblige *a minima*, ne serait-ce que pour vérifier ce dont il en retourne vraiment, et ce d'autant plus qu'une demande oblige tout autant l'institution. La crainte des effets pervers de l'intervention problématise également l'intervention. Il s'agit toujours d'intervenir pour le mieux, en réduisant les coûts pour le client.

Le problème est aussi objet méthodologique de l'action professionnelle. En fait, il s'agit d'en suivre l'évolution et d'en soupeser les risques, conséquences et incidences potentielles. Pour ce faire, il importe de relever des indices, de sorte d'en assurer le reproblématisation continue. Parmi ces indices se trouve la part de volonté et de responsabilité du client dans son problème. Un comportement problématique peu fréquent ou involontaire ne se gère pas de la même façon qu'un problème où la volonté du client est impliquée ou la fréquence élevée.

*Au départ, [bébé] n'était pas désiré, mais elle l'a accepté. (5)

Les travailleuses sociales donnent sens aux problèmes de multiples façons. En général, le problème est considéré comme une composition complexe pouvant comporter des dimensions de prime abord contradictoires. Une lecture existentielle du cas ramènera le problème à de grandes catégories générales comme la question de l'estime de soi, le problème de communication, le refus de devenir adulte, etc. Cette perspective existentielle se conjugue à la recherche de patterns (culturel, personnel, familial, ethnique) historicisés, contextualisés, socialisés. Les niveaux de problèmes s'étagent d'une façon complexe et difficile à décrire, probablement d'une façon diffusément dialectique. Quoiqu'il se dise lors des rencontres d'évaluation, et par-delà les analyses explicitement faites, souvent se cache sous le problème un problème plus fondamental que ne le dit sa formulation initiale. Alors la faible estime de soi s'articule à une société infantilisante, par exemple.

Chez les infirmières, l'articulation des problèmes semble moins dialectique, plus logique, en général du corps vers l'esprit. Il faudrait cependant faire ici moult préventions pour rendre compte de la complexité véritable. En fait, outre une analyse par la tâche qui viendrait atténuer l'énoncé précédent, il semble que le regard infirmier soit d'emblée focalisé sur des objets circonscrits et que la dimension existentielle soit plutôt affaire personnelle à l'infirmière ou au client. Néanmoins, le rapport praxéologique que les infirmières expérimentent dans la quotidienneté de leur travail les invite à réfléchir la pratique selon d'autres modèles nettement plus ouverts à ces dimensions, comme en témoigne le modèle conceptuel McGill. Quoiqu'il en soit, le problème est occasion de croissance personnelle, et ce tant pour les infirmières que pour les travailleuses sociales.

Pour les infirmières cliniciennes, le problème est moins ce que le client en dit qu'une série d'indices et de symptômes du corps auxquels elles tentent de donner sens. La douleur ou l'angoisse de la mort, par exemple, sont des manifestations objectives découlant des affaires du corps qui permettent d'accéder, au plan existentiel, à ce que les infirmières appellent faire «du social». Loin de nous la pensée que ces infirmières considèrent ce social comme secondaire à leur pratique. Tous les modèles conceptuels accordent une place importante à ces choses de la parole et de l'âme. Nous voulons simplement avancer ici que de façon typique les infirmières ordonnent le social au corps, ce qui les distingue des travailleuses sociales pour qui le corps n'est que contexte de l'âme. L'action infirmière vise donc à couvrir

l'aire toute entière du problème selon une séquence disciplinano-logique, des symptômes du corps, en passant par l'anxiété et la souffrance, aux affaires de l'âme.

Autre part de l'intervention ayant tendance à s'occulter, mais qui prend néanmoins une dimension d'invariant praxéologique, c'est la nécessité de **faire autorité et de s'appuyer sur une légitimité** suffisante à l'intervention. Cette dimension tend à s'occulter dans la mesure où les mandats sociaux d'autorité sont rarement évoqués en cours de relation. D'aucuns les signaleront comme présents en esprit, voire comme horizon menaçant de l'intervention. Somme toute, cependant, l'autorité est peu présente en acte pendant l'épisode relationnel de l'intervention, au moins directement.

De même, le capital symbolique et relationnel des professionnelles fait l'objet de nombreux efforts d'occultation. Cela pourrait s'expliquer tout bonnement par la force et la place qu'occupent, dans l'*ethos* professionnel des intervenantes en C.L.S.C., les valeurs de l'humanisme et du relativisme. Dans le cadre de cette thèse, nous rejetons le causalisme axiologique, comme si les valeurs déterminaient les pratiques, pour plutôt chercher à comprendre comment, en pratique, ces valeurs deviennent signifiante et prégnante. Nous pensons que ce jeu d'ombres et de lumières, articulant humanisme et autorité, traduit fort bien l'une des conditions du travail dans les métiers relationnels liés à l'État : le fait de porter une pluralité de mandats aux origines toutes aussi plurielles. Chacun de ces mandats s'appuie sur une légitimité qui lui est propre et implique des invariants praxéologiques distincts, que l'intervenante articule dans la composition pratique. L'autorité et la légitimité premières proviennent alors de cette rencontre d'une demande incarnée, de mandats sociaux, d'une capacité et d'une autorité professionnelles.

Faire autorité, c'est aussi appuyer son intervention sur l'autorité d'autres légitimités que les siennes. Notamment pour les infirmières, l'autorité scientifique est convoquée. Il peut s'agir, par exemple, d'en référer à des statistiques pour démontrer la prévalence d'un problème.

*C'est assez alarmant comme chiffres ...Quand je leur dis les chiffres...ça les surprend un peu parce qu'ils le savent, qu'il y a un problème. (10)

En général, cependant, les infirmières en appellent à l'autorité de la science de façon fort discrète. En fait, elles en appellent de façon détournée, notamment par un certain usage de

protocoles techniques, symboliquement chargés de sciences. Différents supports objectifs sont porteurs de l'autorité *science* : pancartes, documents, livres (pour illustrer), formulaires, guides vulgarisés, etc. L'usage de ces supports permet de mettre à distance la froideur de l'autorité scientifique pour laisser place, ce faisant, à la chaleur de la relation. Ils ne font cependant pas l'objet d'un investissement important de la part des infirmières, quasi nuls de la part des travailleuses sociales. Tout au plus viendront-ils légitimer une prescription formulée comme sociale : maintenant, les bébés sont couchés sur le ventre, pour prévenir la mort subite du nourrisson. En outre, le biologique se conçoit d'emblée, et pour toutes, comme une positivité indiscutable bien qu'imprévisible. Quant à l'autorité médicale, elle apparaît pour les infirmières comme un horizon limitatif important, quoique tellement incorporé qu'il n'est pas (ou si peu) l'objet de discussions ouvertes. En fait, c'est que l'autorité médicale contraint tout autant qu'elle habilite les infirmières. L'autorité n'est pas remise en question directement ; c'est plutôt le quasi-monopole de ses détenteurs actuels qu'elles questionnent.

Un second type d'autorité est convoqué lors du colloque singulier. Il s'agit de l'appel à l'expérience. L'activité incessante de catégorisation évoquée précédemment permet aux intervenantes de constituer peu à peu un vaste répertoire de cas et de possibles interventions. Cette expérience, doublée d'une capacité de mise à l'épreuve des rubriques du répertoire, est investie explicitement dans la relation clinique pour donner sens au problème, pour motiver le client, pour rendre plausibles, au plan symbolique, les possibles de son intervention en regard de la situation singulière. Cet usage systématique de l'expérience permet d'instiller auprès du client, pour qui son problème est forcément unique, un rapport d'objectivité à lui-même fort utile au plan clinique.

L'interventionnisme comme tel est convoqué à titre d'autorité. La volonté d'intervenir s'apparente ainsi à une autorité dans la mesure où chaque personne impliquée dans la relation clinique sait bien que sous couvert d'une relation intersubjective se trouve une relation sociale dépassant les individus impliqués. La volonté d'intervenir s'auto-institue comme légitimité d'intervenir. Sans doute que la communauté de désir d'intervenir implique-t-elle, si ce n'est une valeur scientifique, au moins une valeur technique de mise en ordre et une orientation du travail convoqué comme autorité dans le colloque singulier. Il permet de socialiser un problème trop crûment individuel jusqu'alors.

*Je lui ai proposé la garderie de la Maison de la famille où est-ce qu'ils font des activités. (4)

Du côté des travailleuses sociales plus spécifiquement, outre quelques recherches d'appuis théoriques, nous n'avons pas trouvé de nombreux usages explicites des diverses formes d'autorité. Nous pensons que l'analyse précédente que nous avons faite de l'occultation de l'autorité comme négativité de l'action professionnelle gagne en pertinence pour le travail social. Le travail de catégorisation, sublimé dans la catégorie *expérience*, comprend une part de savoirs scientifiques et sociaux incorporés à la pratique. Certaines travailleuses sociales, selon la tâche ou la fonction qu'elles accomplissent, en appellent explicitement à l'autorité administrative, en général comme négativité de leur intervention. Un peu à la façon de ce que nous avons décrit pour les infirmières, cette autorité est cependant pour nous autant contrainte qu'habilitation pour les travailleuses sociales. C'est sur cette base qu'elles peuvent mobiliser des ressources, éventuellement à l'encontre ou malgré lesdites limites administratives, pour ainsi réaliser très modestement leur projet professionnel de transformation sociale.

Alors que l'intervention s'initie à travers la demande d'un client concernant un problème, et qu'elle vise toute entière le mieux sous toutes ses formes possibles, l'intervention **articule des solutions**. Il s'agit d'illustrer une solution, d'en démontrer les potentialités et, surtout, de la faire expérimenter.

*«Ça te tenterais-tu qu'on essaie de la coucher sur le dos ?[...] Je lui dis : «Mais regardes... tu l'as recouchée, puis elle redort.» [...] Le bébé a dormi sur le dos, fait que je me suis dit, dans le fond elle a vu qu'elle pouvait quand même la coucher sur le dos, sans que ça nuise au bébé. Je lui ai montré de rouler une petite couverture, si jamais elle a peur que la petite fille devait coucher sur le dos. (5)

Ainsi, une part substantielle de l'intervention consiste à repérer, enlever, appréhender, minimiser les entraves à ce que l'action soit tournée toute entière vers les solutions.

*Je sais que les émotions, la boule est moins grosse...de dire maintenant on peut peut-être...tourner la page...Pas perdre ça de vue...mais en dégager quelque chose qui va être comme une lumière...Puis qu'elle va sortir d'ici plus en énergie. (12)

Mais en pratique, si la solution peut sembler éventuellement évidente pour l'intervenante, elle exige souvent un effort de conviction destiné au client. La conviction est d'abord instillée au niveau existentiel (conséquences du problème, désir du mieux, etc.) puis elle est illustrée,

notamment en ce qui concerne les avantages. Mais quoiqu'il arrive, les moyens que la solution mobilise demeurent secondaires aux objectifs et aux processus au cœur de la relation clinique. Tout peut être éventuellement utile à la mobilisation de soi pour expérimenter une solution. En fait, elle apparaît davantage comme une attitude que comme une série de comportements ; le processus qui conduit à la solution importe plus que les contenus auxquels elle réfère.

*J'en ai un éventail, mais il y en a 4,5 qui ont marché. (12)

*Pour moi le contenu,...c'est quelque chose d'important. Mais c'est surtout comme un processus. (14)

En ce sens, surtout pour les travailleuses sociales en case work, la solution peut s'avérer féconde par sa capacité même à mettre en mouvement le processus de croissance personnelle.

*Avoir au moins un outil à elle...quand à sort d'ici puis qu'elle dit «Au moins, je sors avec quelque chose,...je m'en vais pas toute seule...» Faut qu'elle sorte au moins avec un outil. (12)

*«Alors si tu me dis qu'on recule, pour moi on bouge». (12)

Pour les infirmières, la solution est souvent plus technique et s'arrime à des impératifs d'action davantage explicites (prévention des maladie transmissibles sexuellement, contraception, etc.). Elle peut également s'inscrire dans des protocoles que l'infirmière tente d'appliquer avec la plus grande conformité possible, tout en tenant compte du contexte relationnel.

Pour les travailleuses sociales, il semble y avoir une certaine tension quant au choix de solutions, tension entre les méthodes d'inspiration humaniste (relativisme, maïeutique, voire démarche vaguement libertaire) et le désir interventionniste où les solutions sont préexistantes à l'intervention. Nos locutrices formulent à ce propos de nombreuses pétitions de principes sur la responsabilité du client quant à la recherche et aux choix de ses propres solutions, comme elles réalisent des actions concrètes pour mettre en valeur les solutions du client telles qu'énoncées.

*Qu'est-ce que t'as réussi à régler? (14)

Et pourtant, un fort sentiment de responsabilité professionnelle quant aux solutions mises en oeuvre dans l'intervention est exprimé.

*Je ne laisse pas le choix aux gens ...de construire ce tableau. C'est moi qui l'a construit, je l'ai construit avec ce qu'elle dit. (12)

*C'est mon...enjeu à moi de chercher y a tu quelque chose qui a bloqué. (12)

*C'est un peu comme un bistouri, je sais où je vais...Je sais que c'est dans cette cible là faut que j'aille. (12)

Toute relative et relationnelle soit elle, l'intervention est aussi **une affaire de mesure**. Les intervenantes mesurent en effet l'efficacité de leur intervention en compilant et comparant des indices de satisfaction, de qualité de la relation, notamment quant à l'ouverture et l'engagement du client, à la liberté et la pertinence de sa parole. Elles mesurent également son efficacité par sa capacité à répondre à la demande initiale telle que stabilisée et à des demandes ponctuelles formulées en cours de relation clinique. Mais c'est par le cheminement existentiel du client que les intervenantes mesurent son efficacité fondamentale. Un suivi à succès sera un suivi où le problème sera certes réglé, diminué, contrôlé ou évité, selon les cas de figure, mais surtout où la relation aura été signifiante, et donc porteuse de croissance personnelle. Seule, l'action efficace sur le problème ne constitue pas un *intervention à succès*. Il s'agit d'une intervention certes réussie, mais incomplète si elle n'ouvre pas sur une transformation existentielle.

*Ça a été un suivi à succès. (4)

*Personne avait réussi à établir un contact. (6)

La mesure du *cheminement* en tant que tel, pour les travailleuses sociales, a une valeur clinique certaine car elle indique que la relation progresse véritablement vers un objectif, parfois même inconnu. Ici, c'est l'objet *croissance personnelle* qui se mesure. Expliciter le chemin parcouru, c'est provoquer le changement lui-même, en favorisant l'engagement vers un état ou l'autre du *mieux*.

*Ça aide aussi à évaluer d'une rencontre à l'autre, de voir les améliorations. C'est thérapeutique en même temps. (20)

En fait, la question implicite que cela pose, c'est comment peut-on mesurer un cheminement que l'on dit et que l'on revendique comme relatif à la personne, car essentiellement processuel et existentiel? L'engagement dans la démarche...

*Je voulais savoir c'est quoi qu'il va être prêt à me dire. Jusque où il est prêt à aller. (11)

...et la signifiante de la mise à l'épreuve de la solution, de la relation en elle-même, et du progrès existentiel permettent une telle mesure, de toute évidence relative et intersubjective.

*Je l'ai vu que l'outil il était pas approprié...il se sentait trop fragile pour faire ça. (14)

*Je voulais vérifier comment ça avait été depuis la dernière fois. (15)

*J'avais vraiment l'impression ...qu'était en train d'intégrer quelque chose, de comprendre quelque chose. (19)

Ces dernières mesures sont cependant assez peu objectivées et laissent peu de traces factuelles au dossier. Elles ont une fonction praxéologique et réflexive d'analyse de l'efficacité de l'intervention en cours et sur l'action. Néanmoins, elles se stabilisent et deviennent part du récit-client. Par exemple, il peut s'agir de consigner dans de tels récits l'importance d'un dévoilement existentiel pour signifier que l'intervention porte fruit, au moins suffisamment pour penser poursuivre l'action. En outre, les résultats secondaires ou inattendus sont mis en lumière de sorte de donner une mesure incidente de la qualité de l'intervention.

L'intervention est rarement le fait d'un agent seul, coupé des systèmes dans lesquels il oeuvre. Les premiers de ces systèmes, et les plus immédiatement déterminants, sont certes **la division du travail et l'articulation interprofessionnelle** auxquelles les intervenantes doivent s'arrimer au plan praxéologique.

Par exemple, un C.L.S.C. est un organisme à plusieurs entrées que la technostucture cherche à articuler le plus efficacement possible les unes par rapport aux autres. La comparaison de la demande aux possibles institutionnels permet, au plan organisationnel, le premier des aiguillages. Les références se font d'abord sur la base formelle du découpage des secteurs organisationnels et disciplinaires et des champs de pratique.

*D'autres disent c'est un cas de pédo, tu ne touches pas à ça. (11)

En pratique, cependant, étant donné la complexité parfois inouïe des demandes, l'intervenante se doit de vérifier la qualité du premier aiguillage et l'engagement adéquat du client dans les parcours institutionnels pertinents à sa situation. Une tâche des intervenantes est alors de s'assurer de la fluidité de ces parcours, dans la mesure de la disponibilité des ressources, va sans dire.

*Il y a des choses que j'aborde juste en surface quand je sais que le suivi se fait. Ou sinon je vérifie si la nutritionniste doit passer bientôt. Si je suis pas certaine, je vais lui laisser une note. (8)

La production des récits-client a, entre autres fonctions, de vérifier la trajectoire interne la plus adéquate au client. Certains paramètres pratiques entrent ici en ligne de compte. Si une autre ressource, interne ou externe, est présente dans le dossier, et qu'elle apparaisse adéquate, l'intervenante pourra effectuer un délestage, tout en assurant la transition auprès du client. Il importe, et ce encore une fois tant au plan interne qu'externe, de ne pas dupliquer les interventions. Néanmoins, chacune des intervenantes tente de régler ce qui est réglable par elle-même, quitte à réaliser des activités à la périphérie de son mandat.

*C'est sûr que nos intervenants sociaux qu'on a ici peuvent pas...Puis des fois, c'est des choses qu'on peu régler facilement, qui demande pas nécessairement...Puis on peut toujours consulter. (7)

Les infirmières déblaient, pratiquent et entretiennent des passages permettant la continuité de l'intervention santé à l'intervention sociale. Ainsi, un cas simple ne fait pas l'objet de ces passages, et ce d'autant plus que le problème en question découle des affaires du corps (anxiété à l'égard de la mort, pertes de toutes sortes, etc.). La travailleuse sociale apparaît alors comme la spécialiste du social, mais d'un social lourd⁶⁹, et l'infirmière comme la spécialiste des affaires du corps (avec les médecins) et des problèmes psychologiques qui découlent desdites affaires. Cette dialectique du corps et de l'esprit, du simple et du complexe, exige une articulation interdisciplinaire importante qui se réalise bien souvent sans la rencontre effective des disciplines. Cela importe pour notre concept d'interdisciplinarité pratique. En effet, la conception de l'interdisciplinarité comme dimension de l'organisation du travail interprofessionnel nous semble trop limitative. En pratique, la tâche interdisciplinaire implique et exige de porter le regard de l'autre en sa propre pratique. Mais point d'angélisme ici, cette importation est souvent perçue comme contrainte à la pratique et mise en forme du travail, parfois tout bonnement intéressée. Chacune des intervenantes, mais notamment les infirmières, se met néanmoins au service de la division du travail telle que mise en forme.

*J'explique les...services du C.L.S.C. C'est clair si il y a un problème vraiment ...social...[même si] c'est un soin palliatif, ils ont pas besoin de nursing...C'est social...Je va

⁶⁹ La lourdeur seule ne permet pas d'exécuter tous les aiguillages. Un cas «léger» qui implique, par exemple, une dimension de finances personnelles, pourra être aiguillé du côté des travailleuses sociales.

laisser la partie du social. [...] Ça c'est...un gros problème social...je ne veux pas aller...Si il y a une grosse problématique je trouve que moi j'ai pas la formation de ça. (7)

*Il y en a d'autres qu'on va être toute l'équipe au complet. À ce moment là, je vais plus trancher...Moi je suis nursing. Quand il y a une problématique... l'argent ...Moi j'ai mon volet, je dis «Moi je suis ici point de vue nursing». Je mets mon chapeau puis je le garde. Ça m'empêche pas de parler un peu...

Int :Si vous êtes toute seule dans le dossier, vous en prenez plus large ?

Pas nécessairement...Ça peut, ça permet. (7)

*J'y dis «Vous savez, c'est comme le chef d'orchestre, la travailleuse sociale.» Je suis là pour le nursing, tout ceux qui ont des caractères ou que y vont t'accaparer...là je dis on va demander la travailleuse sociale...C'est comme le chef d'orchestre. Nous autres, on travaille en équipe. (7)

*Le médecin nous indique aussi qu'est-ce qui va faire...C'est tu des antibiotiques, est-ce que il les réfère à un spécialiste, est-ce que l'enfant va avoir des drains, est-ce que c'est...sous observation ...Des fois ils vont nous demander «Faites un contrôle dans un mois». On s'ajuste... (9)

Cependant, les discussions interdisciplinaires ou interprofessionnelles ont surtout, à notre avis, une fonction de production d'un récit-client convaincant pour l'ensemble des intervenantes impliquées. C'est sur la base de cette conviction partagée que la coordination des tâches concrètes est réalisée. Nous disons concrètes par opposition à la division officielle des champs de pratique et autres règles de régie interne qui, il va sans dire, structurent les tâches concrètes, sans pour autant toutes les prévoir ni les prédéterminer.

La proximité professionnelle permet également d'accéder aux lexiques des autres disciplines et, ce faisant, de donner sens à des dimensions de la vie de leur client qui leur seraient, sinon, quasi étrangères. Par exemple, tout un chacun demande au médecin traitant de lui expliquer la maladie qui afflige son client, le pronostic et les étapes de sa maladie. Par contre, la nécessité de parler d'une dimension existentielle de l'intervention, ou pour résoudre un problème d'ordre praxéologique très spécifique impliquent plutôt des rencontres entre collègues d'une même discipline. Par exemple, une intervenante peut demander conseil pour dégager une situation bloquée. Elle demeure cependant entièrement responsable de son intervention.

*«Je te demande pas des réponses à tout ça, je te demande ton point de vue, je vais m'arranger avec ça...c'est moi qui a le bistouri. »(12)

Conformément à la conception du travail social à laquelle nous avons référé précédemment, où les travailleuses sociales sont femmes d'interfaces, médiatrices de systèmes, et agentes

multivalentes de changement, il importe que les travailleuses sociales cultivent leurs contacts inter et intra-organisationnels. Tous ces contacts, qu'elles entretiennent notamment par une grande quantité de discussions informelles de corridors, en périphérie de discussions de cas au téléphone, lors des diverses activités de formation ou d'information auxquelles elles participent, leur permettent de mettre sur pied non seulement un réseau d'informateurs, mais aussi un vaste système de connexions éventuellement utiles pour faire pression sur un programme, une ressource, un protocole administratif, au bénéfice, bien entendu, de leurs clients. Il importe de ne pas sous-estimer le caractère souple, sinon flou, de nombre de politiques internes ou programmatiques. Il s'agit, sans l'ombre d'un doute, d'un caractère constitutif des organisations de services aux personnes, tel que l'a démontré Lipsky (1995). Ce caractère de souplesse organisationnelle, conjugué à l'*ethos* professionnel émancipateur de cette profession, invite les travailleuses sociales à cultiver intensément ces contacts afin d'obtenir le maximum de ressources pour leurs clients. Ce faisant, elles contribuent à la définition jurisprudentielle (en un sens très pratique) des problématiques sociales, voire des politiques et programmes sociaux, par une série de microdécisions qui influent peu à peu, de façon à instituer⁷⁰ ces grandes conditions sociales qui ne peuvent, intrinsèquement, s'adapter à la complexité du social. Il va sans dire que ces divers contacts ont d'autres fonctions plus immédiates, notamment au niveau de la stabilisation du récit-client, de l'analyse des possibles (par exemple, suivre l'évolution des listes d'attente), du court-circuitage des inerties organisationnelles, etc. De façon générale, les infirmières nous ont semblé un peu moins actives à cet égard. Elles ont certes des contacts de tout ordre, notamment des contacts au niveau scientifique (par exemple, un accès à une équipe médicale de l'hôpital St-Justine qui définit les protocoles applicables à une maladie infantile donnée). Mais ces contacts nous semblent plus circonscrits à la dimension de l'aiguillage des clientèles dans les processus internes et externes qu'à un projet transformationnel. L'organisation où les politiques sont ainsi moins des objets à transformer que des objets positifs à leur pratique.

Quoiqu'on en dise, l'intervention n'est pas qu'affaire de mobilisation du *soi professionnel* dans une *praxis* transformatrice ou un désir irrépessible de soigner. Il s'agit de faire un *travail sur*

⁷⁰ Au sens suivant : les microdécisions font peu à peu jurisprudence et s'instituent en normes d'interprétation du flou des politiques et règles de régie interne. Nous pensons que cet *ethos* professionnel émancipateur peut se comprendre comme une force instituante, dont l'étendue des possibles demeure pour nous encore à analyser.

le social pour lequel il est nécessaire de participer à un ensemble complexe de réseaux. Les intervenantes doivent alors **tenir compte de différents partenaires** précédant, concomitant ou potentiels à l'intervention. La grande diversité des partenaires traduit l'inscription sociale de l'intervention et des problèmes auxquels elle tente de répondre.

Les premiers partenaires sont internes à l'organisation. Que ce soit dans les corridors, à l'occasion de rencontres en équipe multidisciplinaire, ou simplement par la division et l'organisation du travail, les autres catégories professionnelles sont présentes à toute intervention de façon au moins potentielle. L'étendue pratique et effective de cette potentialité varie cependant beaucoup, essentiellement en fonction de la tâche à accomplir et de la position occupée dans l'organisation par l'intervenante. Par exemple, travailler à l'accueil implique de tenir compte de toutes les catégories de partenaires. Travailler en première ligne pour faire des rencontres de thérapie conjugale distend les rapports aux partenaires internes, car le travail se réalise surtout en mode case work ; les partenaires demeurent néanmoins comme potentialité dans la mesure où la relation pourrait faire émerger une autre problématique.

Toute intervenante évalue en début mais aussi en cours d'intervention si l'aiguillage interne est le plus adéquat en regard d'un aiguillage potentiel vers l'externe. Ce jeu des frontières est évidemment déterminant à la cohésion d'une organisation et *a fortiori* d'un système sociosanitaire complexe, composite et employant des opérateurs qualifiés. Les partenaires sont en outre aussi externes. Il peut s'agir de proches du client ou de diverses ressources du réseau sociosanitaire québécois ou d'autres réseaux. L'intervention doit au besoin s'arrimer aux séquences des uns et des autres.

Pour les infirmières, les médecins et tout le monde médical constituent des partenaires incontournables, bien qu'en général lointains en C.L.S.C.⁷¹. Toutefois, la présence du médical se rapproche en pratique par le pouvoir des décisions des médecins de se prolonger au-delà de leur présence. Cela implique une articulation du travail des infirmières aux possibles de la prescription médicale. Les savoirs pratiques sont alors tout bonnement assujettis (au moins

⁷¹ Rappelons que ce C.L.S.C. n'offre pas de services médicaux courants. La pratique médicale est circonscrite à des programmes spécifiques : soutien à domicile, santé et sécurité au travail, clinique jeunesse, etc.

pour certains actes) à cette autorité ; l'infirmière se voit réduite à espérer la concordance de son jugement clinique avec les possibles de la prescription médicale. Elle souhaite y trouver ce que son jugement clinique et ses savoirs d'expérience lui indiquent comme principale voie de traitement.

*J'espère qu'il a une crème à la cortisone. C'est ça que ça prend autour de la plaie. (1)
 *[Sinon], j'aurais eu des problèmes. J'aurais essayé de traiter différemment, en sachant que c'était pas tout à fait nécessairement la bonne façon, ou bien j'aurais communiqué avec son médecin. (1)

Encore une fois, l'intervention n'est pas que l'affaire d'un sujet, créateur ultime de sa pratique. Intervenir, c'est aussi **participer d'une organisation**. D'abord, la structure organisationnelle et les mandats qui y sont associés construisent les possibles de l'intervention. Par exemple, remplir un mandat de prévention/promotion quant aux maladies transmissibles sexuellement et aux grossesses non désirées ne s'effectue pas, au plan pratique, de la même façon selon qu'il se réalise dans une clinique sans rendez-vous ou dans une clinique sur rendez-vous où des suivis peuvent être instaurés et des interventions plus fondamentales entreprises. De même, l'organisation des charges de travail a des incidences pratiques, comme c'est le cas de l'organisation rotative des dossiers pour les infirmières du soutien à domicile, par exemple ⁷². Quoiqu'il en soit, il semble bien que, en général, la souplesse au travail nécessaire à l'organisation du travail permette de répondre à une demande spécifique ou inattendue, inévitable lorsque les produits du travail sont d'une telle complexité.

Participer d'une organisation offre la capacité de mobiliser des ressources internes ou externes pour ainsi prolonger la portée de sa propre action. À l'inverse, une difficulté à obtenir une ressource trace les contours de certains possibles de l'intervention.

*Je peux bien le référer, mais il y a un an d'attente...S'il présente ces comportements là, je me dit, ça va donner quoi...Ça ne me sert pas. (11)

L'envers de cette capacité de mobilisation des ressources est l'exigence de solidarité organisationnelle. En pratique, il est parfois nécessaire pour l'intervenante d'être le relais de

⁷² Notre propos n'est pas ici d'évaluer les formes organisationnelles, mais simplement d'illustrer leur impact potentiels sur les pratiques réelles. Car en outre des incidences sur la pratique, ces formes découlent d'exigences dont nous ne pouvons rendre compte ici.

l'organisation auprès d'un client en expliquant des décisions, des possibles, des contraintes à la périphérie de sa pratique. De plus, la nécessité d'informer le cadre intermédiaire de l'évolution des dossiers les plus lourds afin qu'il puisse avoir une vue d'ensemble du travail s'inscrit dans cette perspective de solidarité organisationnelle.

Il va sans dire qu'il s'agit également de participer aux divers mécanismes de contrôle organisationnel. Mais faut-il rappeler que nous sommes ici, si nous reprenons les catégories de Mintzberg (1984), dans une bureaucratie professionnelle où le contrôle ne peut se faire qu'à la périphérie de la tâche, par le contrôle des ressources, par la standardisation des procédures d'aiguillage interne, par un travail de définition des mandats et des postes. La tâche, ou plus précisément la composition de la tâche, découle formellement de la définition du mandat, du poste et des programmes. Cette travailleuse sociale du soutien à domicile cherche à établir, lors d'une première rencontre à domicile, un contact de qualité avec un couple de personnes âgées qui a initié la demande. Mais par-delà, voire à l'encontre, de l'exigence pratique d'entrer en relation, son action est de façon initiale engagée au plan organisationnel. Elle se doit de relever les informations nécessaires à l'enclenchement administratif des programmes.

*J'avais vraiment des informations à aller chercher...pour m'en retourner. (17)

Les priorités organisationnelles et programmatiques sont interprétées par les agents de base qui cherchent à user au mieux de leur pouvoir discrétionnaire inhérent à leur position dans l'organisation (Lipsky, 1995). D'une certaine façon, il s'agit d'obtenir l'engagement de l'organisation, engagement qui peut même aller, dans certains cas, jusqu'à l'acceptation par l'organisation de la transgression de normes qu'elle a elle-même établies. Surtout pour les travailleuses sociales, *intervenir*, c'est obtenir le maximum pour son client.

*Je sais pas trop quoi leur offrir non plus...C'est que Madame a besoin d'aide au niveau du ménage...Alors que ce que je pourrais lui offrir, c'est du Fonds régional...Je vais essayer de voir comment que je peux...tourner ça pour pouvoir les aider, tout en respectant quand même mon programme. (17)

Au plan pratique, l'organisation et ce qui la fonde est présentée comme un bassin de ressources et de règles d'accès aux dites ressources. Les mandats sociaux sont cependant souvent occultés derrière cette vision de l'organisation comme possibles et contraintes des

ressources. Ce faisant, les intervenantes se posent explicitement, au moins dans le cadre de la relation, comme d'abord et avant tout agent de la relation d'aide plutôt que comme agent de l'État, de la science ou de la technocratie. La même travailleuse sociale dit ceci à la conjointe du mari malade, inquiète de ce qui arrivera à son mari après sa mort :

*Monsieur pouvait rester dans sa maison, que...«C'était pas l'intérêt du gouv..., notre intérêt que Monsieur soit...hébergé, parce que ça coûte trop cher.» (17)

Nous pensons que les travailleuses sociales se perçoivent plus facilement que les infirmières comme des agents de base, détentrices d'un pouvoir discrétionnaire, toujours au sens de Lipsky (1995). D'ailleurs, les travailleuses sociales jouent et se jouent plus des règles que leurs collègues infirmières, d'une certaine façon plus conformées aux normes du travail. Si pour elles le projet transformationnel offre une transcendance de l'action, pour les infirmières, la voie de dépassement des conditions de la pratique est, au plan individuel, existentielle, comme humanisation de la pratique, et, au plan socioprofessionnel, au niveau de l'élargissement du champ officiel de la pratique.

Quoiqu'on en dise également, l'intervention est autant affaire publique qu'affaire interpersonnelle entre une professionnelle et son client. Il importe donc de **conserver une mémoire de l'intervention par l'archivage**, mais une mémoire collective et d'un accès ouvert quoique balisé à la collectivité. Ces activités conservatrices se réalisent en effet en regard de normes administratives et légales assurant la confidentialité, balisant la circulation des informations et protocolarisant les pratiques d'archivage. À partir et en outre de ce contexte administratif et légal, les pratiques de rédaction de dossiers répondent à des exigences praxéologiques pertinentes à élucider ici. En fait, il s'agit ici de produire un récit-client dont le lectorat potentiel est moins les collègues de travail que les juges, les commissaires aux plaintes, les clients et leurs proches qui pourraient s'y référer pour éventuellement contester l'intervention, ou tout simplement pour en connaître certains implicites. En fait, le dossier est davantage un espace public qu'un espace interprofessionnel ou interdisciplinaire, ce qui, par conséquent, appelle la production d'un récit public plutôt que professionnel. On y retrouve la part la plus stabilisée du récit-client, rédigée dans une langue factuelle protojuridique et selon des lexiques professionnellement valides, ou à tout le moins incontestables par des pairs.

Nous entendons par rédaction protojuridique le fait que ce récit public se caractérise par la rédaction factuelle des événements. Il s'agit de faire preuve, non pas devant un comité de pairs ni un comité scientifique, mais devant un banc de procureurs et d'experts-témoin. Les indices et les traces de changement sont alors consignés, les témoignages cités, et les interventions objectivées. L'engagement moral du client ou le contrat de communication seront au mieux évoqués.

*Je l'ai marqué dans le dossier : «Monsieur respecte notre entente, soit de venir en C.S.I. tous les jours, ne touche pas aux pansements.» (1)

Si le dossier est l'espace public que nous affirmons, il n'est cependant pas agora ou lieu de délibération interprofessionnelle ou interdisciplinaire. Les stratégies d'influence interprofessionnelle se font selon les canaux administratifs prévus, mais surtout dans les corridors ou à la faveur de la discrétion des téléphones, en général à la périphérie de discussions plus factuelles. D'ailleurs, cette activité d'influence constitue l'une des sources de conflits interprofessionnels les plus évidentes, les infirmières reprochant aux travailleuses sociales une certaine inefficacité, d'être tatillonnes et lentes à intervenir, entre autres. À l'inverse, les travailleuses sociales reprochent aux infirmières leur caractère alarmiste et interventionniste. En fait, l'effort d'influence va surtout des infirmières vers les travailleuses sociales, les premières engageant les secondes «à faire quelque chose». Le *faire* des infirmières n'est pas (ou si peu) l'objet de discussions pour les travailleuses sociales. Tout au plus les sollicitent-elles pour recueillir des matériaux du récit-client en élaboration (compréhension de la maladie, mais surtout évolution du moral, indices de la quotidienneté, etc.) et pour inciter les infirmières à ne pas intervenir de façon trop intempestive dans le champ social ; au quel cas leur intervention subirait des interférences éventuellement préjudiciables au client.

La rédaction des dossiers se réalise donc, au moins en partie, dans une perspective de protection professionnelle. Au plan du regard des pairs et autres collègues, le point de vue professionnel consigné par l'une ou l'autre des intervenantes servira éventuellement à démontrer sa clairvoyance, le fait qu'elle a atteint son obligation de moyens, la complexité inextricable de la situation, etc. La fonction de protection professionnelle de l'archivage est donc multiple, car elle peut en outre être administrative, afin de se prémunir contre une éventuelle plainte, administrative ou légale, s'il s'avérait que la qualité du travail de l'employée soit contestée, et professionnelle, à travers les dispositifs de protection du public

que sont les ordres professionnels, la Curatelle publique, le Protecteur du citoyen, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, et de nombreux autres offices gouvernementaux. Notamment pour les infirmières, le dossier permet de produire la preuve de la réalisation précise des protocoles. Au plan de la mémoire, il permet de consigner les limites de l'intervention pour éventuellement aller plus loin, lorsque le client se présentera à nouveau.

*Là je me suis notée : «Plus forte incitation à utiliser une meilleure contraception». (2)

Malgré sa signifiante, la part existentielle de l'intervention trouve difficilement place à son expression dans les écrits de l'archivage, notamment pour les infirmières pour qui cette dimension de la pratique est insuffisamment reconnue. Alors que l'une d'entre elles nous présente une intervention où elle doit injecter un médicament, soit une opération technique prenant dix minutes tout au plus à réaliser, nous lui demandons comment sera notée la très vaste et fondamentale discussion qu'elle venait d'avoir pendant près d'une heure avec sa cliente sur le thème de la mort, du sens de la vie, de la douleur. Non seulement ces thèmes sont-ils fondamentaux de façon générale, mais c'était la première fois connue que cette grande malade acceptait de s'ouvrir à ce propos. Son mutisme était tellement préoccupant qu'une rencontre de l'équipe multidisciplinaire était convoquée par la travailleuse sociale pour chercher à s'attaquer de façon concertée à ce problème. Malgré l'importance de son succès, elle répond ceci à notre question, sans plus :

*Je vais marquer peut-être «Échanges». (6)

Est-ce à dire que l'intervention était non signifiante ? Loin s'en faut. C'est plutôt que l'archivage ne permet pas facilement à une infirmière clinicienne d'indiquer ce type de réalisation. Cette information nouvelle et déterminante pour l'actualisation du récit-client se perdra-t-elle dans les limbes des cloisons disciplinaires ? Sans doute que non, car elle sera probablement transmise à l'équipe multidisciplinaire, et certainement aux collègues dans les discussions de corridors dans les heures suivant l'intervention. Cet épisode traduit le statut que certaines infirmières, de part leur position dans l'organisation et la tâche qu'elles réalisent, se voient accordé pour la part relationnelle de leur travail.

Nous entamons ici, et de loin, la rubrique la plus volumineuse⁷³ de cette portion d'analyse portant sur ce que nous nommons les invariants praxéologiques. Intervenir, c'est d'abord **faire** quelque chose, idéalement **de façon ordonnée**. Cette mise en ordre du *faire* se conçoit moins comme la réalisation de protocoles de travail ou de prescriptions sociales que découlant des exigences praxéologiques au cœur des métiers relationnels. Le travail d'analyse que nous présentons ici ne vise donc pas à reconstruire une méthode générique et générale de l'intervention, bien que nous pourrions en tirer quelque matériaux pour ce faire. Il s'agit plutôt de démontrer la pluralité, la complexité et l'étendue des invariants praxéologiques concernant le *faire*, ainsi que leurs articulations possibles au plan de l'interdisciplinarité pratique.

Ce *faire* compose et se compose d'un ensemble d'actions visant à modifier les consciences et les attitudes. Il s'agit d'instiller une réflexion, de semer les graines d'un changement jugé nécessaire et positif. Pour ce faire, il importe de créer les conditions d'un engagement potentiel et d'élucider les responsabilités des uns et des autres, notamment en rappelant la responsabilité existentielle du client quant à ses objectifs de changement. C'est pourquoi l'intervention doit partir de l'expérience du sujet plutôt que d'un classement administratif *a priori*. Le changement peut donc s'instiller par l'engagement du client, éventuellement provoqué ; l'intervenante cherche à favoriser l'expérimentation du changement en cours de relation clinique ou à l'occasion de devoirs. En fait, expérimenter de nouvelles façons de faire, une relation positive et égalitaire, ou tout simplement l'impression de croissance personnelle a une dimension thérapeutique importante en tant que telle.

L'intervenante saisit, ou emmagasine en vue d'une intervention ultérieure, la moindre occasion relationnelle ou factuelle pour instiller ou faire expérimenter le changement.

*C'est vrai, j'ai observé ça. Toutes les occasions sont bonnes. Ça peut me servir comme ça peut ne pas me servir. (14)

Cette infirmière saisit l'occasion que lui donne une jeune mère pour lui faire une remarque très discrète sur les risques de la posture ventrale quant au syndrome de la mort subite du nourrisson :

⁷³ En outre, elle recoupe certaines catégories déjà abordées précédemment. Le spécifique de cette rubrique est son focus sur les *méthodes du faire*.

*Là elle me dit : «Ça, elle le fait déjà. Elle se lève déjà...la tête» et j'ai dit «C'est tu parce que tu la couches sur le ventre ? J'ai remarqué en passant qu'elle était couchée sur le ventre.» (5)

À défaut de les saisir au bond, les intervenantes cherchent à créer des occasions éventuellement porteuses de changement. Il s'agit de tendre une perche, d'aller à la pêche, d'explorer une émotion, un tacite. Il s'agit également de suggérer, d'illustrer, de formuler des hypothèses, des résumés et des recommandations professionnelles.

Les attitudes estimées négatives sont le plus systématiquement possible déconstruites...

*C'est ça que je veux un peu briser, c'est un peu ça la démarche thérapeutique. Une espèce de déconstruction. [...] C'est ça la décristallisation, de déconstruire. (16)

alors que les attitudes estimées positives sont expérimentées à l'occasion de la relation clinique.

*Il y a quelqu'un qui ne la juge pas, qui l'écoute, qui l'accueille, qui est présent. (16)

Nous avons affirmé plutôt le point de vue que l'intervention se joue de l'ombre et de la lumière, selon des stratégies d'instillation des conditions praxéologiques de l'engagement du client en faveur de changements désirables. Les attentes, les mandats sociaux, les jugements professionnels sont parfois euphémisés, pour éventuellement être redramatisés selon les exigences de la relation. Une infirmière du soutien à domicile euphémise ainsi la mort annoncée d'un client en laissant son numéro de téléphone, sans nommer, à ce moment là, l'imminence et l'évidence de la mort.

*...juste au cas ou... (8)

Une cible importante de l'intervention est la conscience du client quant aux problèmes et aux possibles solutions. Pour ce faire, l'intervenante fait jouer des contrastes entre les désirs et craintes du client, élucide des contradictions, induit une posture réflexive d'un client à l'égard de lui-même et de ses problèmes et possibles. Un tacite ou un interdit signifiant pour le client feront, si nécessaire et si possible, l'objet d'un travail d'élucidation, parfois fort discret, comme par exemple lors de l'usage si fréquent et structurant du *Comment ça va ?* La souffrance, l'angoisse et les désirs de changement sont le plus systématiquement possible

utilisés comme porte d'entrée à la signifiante. Cette signifiante verbalisée permet d'instiller de façon efficace un changement d'attitude ou de conscience.

*Ils iraient s'acheter une petite maison en campagne...Pour élever leurs petits enfants...C'est sûr que j'ai aussi utilisé ça.«Pour t'acheter une maison, tu va avoir besoin de sous.» (4)

*Je voulais l'amener à voir où elle en est rendue. (6)

Le *faire* concerne aussi le travail de mise en forme de la relation comme telle. La première des choses à faire consiste à introduire la relation en engageant les protagonistes dans une démarche relativement impliquante au plan relationnel. Pour ce faire, il faut d'abord focaliser l'attention sur le client véritable et partir de ce qui l'intéresse. Cela prend en général la forme d'un abord informel par l'humour, l'appivoisement, la mise en contexte et l'engagement à dire son point de vue, de façon la plus large possible, notamment en débutant les séances par des phrases clef comme *Comment ça va ? Qu'est-ce qui vous amène à consulter ? Comment s'est passée votre semaine ?*

*Une fois que j'ai créé mon lien, je vais dans qu'est-ce que la personne s'intéresse...Je pars toujours de ça. (6)

Ce lien *a minima* établi permet d'agir sur l'ouverture de la relation, où chacun pourra apporter sa contribution.

*«Si vous avez des questions plus spécifiques...On reviendra la prochaine fois, quand ça vous tentera.»...Je laisse toujours la porte... (7)

Il faut alors aller plus loin, toujours plus loin, notamment en favorisant, si ce n'est l'entrée en intimité, au moins en établissant une proximité, une signifiante partagée. Les intervenantes cherchent à maintenir cette signifiante en faisant émerger par la parole l'intention du client, ses désirs, ses craintes, etc. Toutes ces informations intimes sont ouvertement et explicitement accueillies au plan existentiel, sans jugement, malgré que la tâche de l'intervenante peut éventuellement comporter nombres d'activités de normalisation, d'évaluation, d'instillation. Ouverture, non jugement au plan existentiel et nécessité d'évaluer à nombre d'égards le client s'articulent en pratique sans trop de souffrance professionnelle. C'est que l'intervention se joue sur plusieurs niveaux d'action à la fois que l'esprit peut à la fois dissocier conceptuellement et réunir dans l'holisme de toute pratique.

Il faut que les intervenantes prennent acte de la nécessité incontournable de s'adapter au contexte relationnel, tout en travaillant à produire les conditions de son orientation sur des domaines d'intervention pertinents en regard de la situation et socialement validés. La première de ces conditions au plan praxéologique est de reconnaître et de signifier la commune humanité qui unit l'intervenante et son client, tout en neutralisant les désirs de rapprochement mutuel. Il va sans dire que de telles conditions praxiques ont force référentielle le temps que le mode relationnel d'intervention demeure privilégié et socialement acceptable. S'il s'avérait qu'une situation révèle un problème dont la problématisation sociale est telle que le mode strictement relationnel soit considéré comme insuffisant, voire impertinent, ce mode deviendrait alors strictement accessoire à l'intervention.

S'ajoutent à cette condition fondamentale de nombreuses conditions praxéologiques également présentes au niveau de l'activité de mise en forme de l'intervention. Nous pensons aux coupures formel/informel, à la nécessité d'explicitier les limites de l'accessible organisationnel et programmatique, à l'exigence de répondre aux craintes explicites ou implicites du client, à la nécessité de contribuer à l'interprétation du problème en témoignant auprès de tiers, en se posant comme référence en cas d'aggravation ou de besoin, etc.

Enfin, pour ce qui concerne la création de la relation, la communication se doit de dépasser la parole et d'impliquer le non-verbal. Il faut en pratique assurer la congruence de la parole et de la communication du corps, de façon à signifier que la communication est autant existentielle qu'intellectuelle.

*Probablement que je les autorise, inconsciemment, ou de par mon attitude, que c'est O.K. de pleurer. (19)

Une part importante du *faire* consiste en un travail de transfert méthodologique, notamment au niveau de l'objectivation du problème ou de l'exploration des solutions. Ce travail apparaît comme un objectif professionnel transversal à l'ensemble des demandes provenant des clients. L'intervention vise donc à répondre spécifiquement à une demande à l'aide de ces transferts méthodologiques. Les intervenantes encouragent l'expérimentation de la méthode en cours de relation clinique ou à la maison et elles en rappellent fréquemment les paramètres. La citation qui suit traduit à la fois un transfert méthodologique, en l'occurrence

inspiré de la thérapie de la réalité, et une mise à l'expérimentation de la méthode en cours de relation clinique.

*Ils trouvent leurs réponses...ils s'aperçoivent que dans le fond...l'auto-évaluation est passée...Je suis pas obligé de tout leur expliquer tout...Je sais que ça glisse ...Clarifier ses relations, clarifier ses vœux...plus elle prend conscience de ses...forces.[...] Je leur permets de voir ça. (12)

Le faire comporte également une dimension d'élaboration et de signification publiques des légitimités de l'intervention. Pour ce faire, les intervenantes tentent d'obtenir un accord explicite sur l'intervention, les finalités qu'elle poursuit et les stratégies qu'elle implique. Les divers mandats sociaux, organisationnels, professionnels ainsi que ceux provenant des demandes des clients sont investis symboliquement par la suite dans la relation. L'intervenante signifie fréquemment sa propre *praxis* et *l'ethos* professionnel de son groupe professionnel comme sources de légitimité fondamentale et désintéressée de son intervention.

*J'utilise beaucoup ce terme, ...«vous aider»...ils voient que c'est vraiment mon intention de les aider. (17)

Ce *faire* se présente également comme une composition d'actions stratégiques de telle sorte qu'il est possible de les considérer, au moins en partie, comme composition unilatérale de l'intervention professionnelle. Après tout, le client demande à une inconnue d'intervenir dans les affaires de sa vie. Ce caractère unilatéral, au sens de proactif, de planifié et d'intentionnel s'inscrit dans une relation comme condition et contexte de l'intervention professionnelle. En outre, l'intervention stratégique passe notamment par la mobilisation de ressources, notamment celles des réseaux auxquels participe le client. En outre, à la reconnaissance formelle et explicite des droits de la personne, en un sens quasi ontologique, s'ajoute un déploiement stratégique souvent implicite qui permet de considérer les mandats sociaux dans la planification de l'intervention.

*C'est juste au niveau de l'intervention comme telle, bien je peux dire :«Ha ! vous voulez pas de service tout de suite, bien on classe le dossier.» C'est pas ça dans ce type de cas, je les garde pareil, puis je fais comme un suivi. (18)

Au plan stratégique, il s'agit de relever, de consigner et d'interpréter des indices de toutes sortes, dont des indices praxiques (la volonté, l'intention, la résilience, la compliance, etc.), et de jouer stratégiquement les informations reçues. Au terme de l'exercice, il peut être

nécessaire d'intervenir plus largement que le client désigné ou que la cible d'intervention telle qu'identifiée initialement.

*J'ai vérifié beaucoup de choses, au niveau de elle, aussi. [...] Veux, veux pas, quand il y a une autre personne, on intervient, la maman elle peut dire des choses, peut rajouter, peut demander des choses. (5)

Toujours au plan stratégique, l'intervention se conçoit par étapes, se veut progressive, à petit pas, au rythme du cheminement du client. En tous les cas, le focus se réalise sur le client et son problème en regard de l'extraordinaire diversité des parcours possibles. Les moyens mobilisés sont adaptés en continu à l'évolution des objectifs, bien que les possibles de l'offre soient rappelés fréquemment et que les intervenantes fassent de nombreux efforts pour conserver le focus implicite à la demande, aux mandats, et au contrat de communication. La relation thérapeutique se rythme donc par diverses itérations et relances.

*S'il y a des points qui me semblent importants, je vais relancer. (16)

Nous l'avons écrit, les mandats sociaux sont productifs de la pratique, pensons entre autres à la Protection de la jeunesse. Sous cet aspect, il est possible que le rapport stratégique unilatéral apparaisse parfois et *a priori* comme une forme de cynisme professionnel. Nous avons par exemple observé un contact téléphonique très chaleureux entre une infirmière et une maman toujours hébergée à l'obstétrique de l'hôpital local. La relation est chaleureuse, l'intervenante signifie son support à la maman, questionne vaguement l'état du bébé. Puis la discussion s'enclenche, des indices sont recueillis : le frigo ne fonctionne plus à la maison, le père est parti, la mère est déjà épuisée, elle dit consommer de la drogue à l'hôpital. L'infirmière lui dit qu'elle ira la visiter bientôt, toujours sur un ton supportant. La communication terminée, l'infirmière présente à sa collègue ses conclusions : «Je vais faire le signalement. Je comprends pas pourquoi elle m'aime bien, c'est moi qui a signalé pour ses deux autres enfants». Mais s'agit-il véritablement de cynisme ? Cette intervenante est-elle manipulatrice ou hypocrite ? Nous préférons penser que cette situation, dont nous ne rendons pas compte ici de la complexité, traduit le rapport stratégique et ambivalent de l'ensemble des intervenantes aux impératifs sociaux. La discussion nous apparaît stratégique, car il s'agit de protéger (éventuellement) un enfant tout en donnant la chance à la relation avec la cliente de s'établir. Ici, le niveau de risque de compromission pour l'enfant est tel que l'intervenante se devait de mobiliser les ressources de protection de l'enfance. Mais cela ne

clôt pas forcément l'intervention, car le signalement ne sera pas forcément retenu, car la mère pourra avoir des besoins spécifiques suite à cet événement, car il peut y avoir des délais imprévus dans la mobilisation du Centre jeunesse, car la situation peut servir d'élément déclencheur pour que la mère s'engage vers des changements fondamentaux, etc. Mais en regard de ces divers possibles, le mandat social de protection de ce bébé prime sur tout autre mandat.

De même, il n'est pas toujours nécessaire de tout dire, une trop grande transparence pouvant nuire à l'atteinte d'un intérêt supérieur. Par exemple, la demande d'un tiers, jugée légitime, pourra être occultée pour un temps auprès du client désigné. La citation suivante réfère à un tel cas, où les enfants d'un couple âgé, dont l'un des membres souffre d'une maladie débilitante qui entre dans une phase avancée, demandent au travailleur social de convaincre leur mère d'accepter de placer leur père, au bénéfice de la protection minimale à assurer pour la santé et le bien-être de celle-ci. Le travailleur social accepte d'aller vérifier sur place s'il est nécessaire de passer à l'action. Il ne présentera pas à la mère la demande des enfants ; il se contentera de vérifier ce qu'il en est vraiment de la situation du couple.

*Mais c'est sûr que...j'allais sonder un petit quelque chose, mais pour le reste, j'en ai pas parlé. (18)

Il ne faut cependant pas laisser entendre que le déploiement stratégique n'est qu'affaire d'adaptation de l'intervenante à des conditions externes à sa pratique. Il n'y a pas de doute que la stratégie vise aussi à assouvir les désirs professionnels des intervenantes à aller plus loin en intimité, en introspection, ou vers le mieux, par exemples, et que ce mieux peut être complexe comme l'illustre quelque peu l'épisode présenté au paragraphe précédent. Mais ce désir ne doit pas envahir la pratique au point de se substituer aux nécessités pratiques ou de transgresser des limites pratiques. Il ne faut donc pas aller au-delà du nécessaire ou du possible. En outre, il faut éviter que les effets pervers de l'intervention soi tels que le bien-être du client soit diminué par l'intervention.

Cependant, avant d'être stratégique, l'intervention est plus ou moins explicitement analytique. L'histoire de la personne et de son problème est ici considérée. Pour les infirmières, il s'agit entre autres de tenir compte de la présence d'universaux tels que

l'angoisse et l'inconnu de la mort. L'intervention découle en grande partie de l'analytique du problème déployée avant et en cours d'intervention.

*Ce contrat, je le préparais dans ma tête sans en parler ouvertement. (1)

*Fait que je leur parle de ça, l'anxiété, peut être causée parce que on ne sait pas qu'est-ce qui va nous arriver ...La nuit, bien on a peur de mourir... (7)

Toujours au niveau du *faire*, se trouve, en regard de l'ouverture existentielle et du profond humanisme des intervenantes, la nécessité praxéologique de contrôler les paramètres de l'intervention, comme maîtriser l'environnement, minimiser les effets secondaires, focaliser sur les besoins les plus importants, etc. Mais le premier des contrôles est le contrôle de soi, au moins au plan ostensible. Les intervenantes doivent exprimer une maîtrise de leur action professionnelle indéfectible en apparence. Plus largement, le contrôle de l'intervention peut prendre la forme d'un recadrage expérientiel du client. Il peut s'agir éventuellement de confronter la personne à ses contradictions, de provoquer des événements, de mettre en place une condition de l'engagement, de l'ouverture et de la mobilisation de soi. Ainsi, les exercices et devoirs sont initiés et contrôlés discrètement par les intervenantes.

Au plan praxéologique, l'intervention doit se moduler selon diverses dimensions qui la tirent hors d'elle-même, telle la nécessité de s'adapter aux niveaux d'urgence, de s'arrimer à la faisabilité des stratégies, d'être capable d'objectiver les diverses dimensions de l'intervention, tout en demeurant inscrite dans une communication véritable. Pour ce faire, les intervenantes doivent être habiles à lire et à identifier les possibles, à défaut de quoi le travail ne pourra qu'être source de souffrance professionnelle pour les intervenantes, et de désillusion thérapeutique pour les clients. Au besoin, les probabilités de réussite sont présentées soit pour encourager, soit pour dramatiser, soit pour relativiser. Une travailleuse sociale évalue comme suit la possibilité de satisfaire à la demande d'un client désirant que son matelas orthopédique soit changé en vertu d'un programme donné :

*Bien moi je sais que ...faut vraiment que ce soit rendu mou...J'y dis : «On peut essayer» mais d'après moi, ils voudront pas le changer». (17)

Le *faire* est aussi une activité de mise en scène du soi professionnel. Il faut savoir dire sa connaissance de la réalité et exprimer ses savoirs pratiques. Il faut également avoir conscience des limites et conséquences de son travail et, soit l'envers praxéologique de ce qui précède, atténuer l'impression de sur-puissance que le client attribue aux intervenantes. Il faut certes

se faire comprendre, mais il importe tout autant de se poser et d'être perçu comme crédible, et ce malgré des carences spécifiques concernant une problématique en jeu.

Le *faire* est aussi, voire surtout, une activité de composition pratique qui porte sur la nécessité de s'adapter à la complexité : chaque situation est particulière et indéterminée, en ce sens qu'elle s'inscrit dans des processus complexes et imprévisibles. En plus du caractère de complexité, le *faire* de la composition est aussi un *faire avec* les conditions pratiques. Ainsi, un défaut d'engagement est à la fois une difficulté à surmonter et un indicateur critique des possibles praxiques. En regard de cet infini du particulier se trouve le général intériorisé. Nombre d'intuitions émergent de la confrontation pratique de ce particulier et de ce général. Un peu à la manière de ces détectives de la littérature policière attentifs aux intuitions que génère le détail, il s'agit pour les intervenantes d'être réflexives et de poser ses propres intuitions comme objet d'analyse. Ces intuitions n'ont qu'un statut provisoire et appellent une vérification, plutôt factuelle chez les infirmières, plutôt langagière chez les travailleuses sociales. Car la seule intuition, centrale dans la conduite de la relation, ne suffit pas à légitimer une intervention spécifique.

*Si c'est juste du feeling, je le garde pareil, je le jette pas... C'est juste du feeling, fait que j'ai rien qui me permet...Quand j'ai des éléments, je vais pouvoir partir la prochaine entrevue avec ça, je vais pouvoir aller à la pêche sur...mes perceptions de certaines choses. (11)

Un *faire* important de l'intervention consiste à formuler divers types d'évaluation. Ces évaluations peuvent être formelles (de l'autonomie fonctionnelle, par exemple) ou informelles, notamment lorsqu'elles portent sur des aspects sociaux et praxiques du problème. Nous entendons par ces deux dernières catégories des évaluations, des diagnostics pratiques, cherchant à donner valeur aux possibles du client quant à sa personne et quant à sa position sociale. Ces évaluations peuvent rester occultes, se limiter à la production de récits-client de corridors, ou faire parfois l'objet de traces au dossier. En tous les cas, les intervenantes tentent de factueliser leurs évaluations de façon à en accroître la validité et, dans une moindre mesure, à se protéger au plan professionnel.

*J'en suis arrivé à...mettre le doigt sur un problème. (15)

*Je voulais vraiment que Monsieur m'explique c'était quoi qu'il pouvait faire...puis c'est quoi son niveau...ses capacités. (17)

Ces évaluations visent notamment à vérifier l'adéquation des dires aux faits : un défaut d'adéquation provoque une certaine méfiance à l'égard du client, méfiance qui sera en général réintroduite dans la problématisation. La recherche des indices factuels n'est pas systématique mais certainement assidue et faite de détails. Par exemple, cette travailleuse sociale observe, lors d'une visite à domicile, l'état de propreté du plancher pour estimer l'épuisement de ses clients.

*Je regarde le plancher...ça en dit long. (17)

De ces évaluations plus ou moins formelles découle une activité de formulation de pronostics souvent réduits à leur dimension informelle de récits-client, ou destinés à des usages spécifiques comme la gestion des risques et des demandes de tiers, ou pour explorer l'étendue des possibles.

*Je me retrouve avec...un éventail...très large. (12)

Ces pronostics, souvent nombreux et parfois concurrents, portent aussi sur des dimensions tout à fait pratiques, comme l'espérance de gain pour le client en regard des contraintes organisationnelles, ou la durée d'attente avant d'obtenir un service.

*Je ne suis pas encore été que ...officiellement je vais le référer en pédo...il y a un an [de liste d'attente], là. Que ça retarde d'une semaine ou deux, on est pas à une semaine ou deux près. (11)

Au plan pratique, intervenir implique le respect des valeurs du client, toujours en regard des limites que posent les impératifs sociaux. Lorsqu'il s'agit d'aller à domicile, le caractère interventionniste de l'action ressort explicitement de la seule présence de l'intervenante. Ce faisant, ce caractère impose une condition praxéologique incontournable, soit le rappel de la distance objective et du désir d'aider. Le travail en des lieux comme le domicile exacerbe la dialectique de la distance et de la proximité.

Pour les infirmières, intervenir est une action complexe qui permet de dépasser le simple traitement. Pour réaliser un tel dépassement, l'infirmière travaille à partir de la périphérie dudit traitement, par exemple en enseignant des façons de faire, en laissant au client de l'information écrite à teneur scientifique, mais surtout technique, de façon à prolonger son action à travers l'augmentation de la capacité d'auto-soin du client. Il s'agit aussi de

renseigner. Ce faisant, l'infirmière contribue à donner sens à la maladie ou au problème objet d'intervention. Ici, le renseignement est de toute évidence à géométrie variable, de la médication aux ressources communautaires, en passant par le sens de la mort. Mais il demeure toujours solidement arrimé à la demande et aux mandats sociaux à l'œuvre dans l'intervention. La maladie, les médicaments, entre autres, sont expliqués, notamment en montrant les liens de causalité scientifique au plan des médicaments et de leurs effets, par exemple, ou simplement au niveau des attitudes, le lien compliance/efficacité de la contraception, par exemple. Ici, le *faire* s'articule d'abord à la technique, ce qui n'empêche pas l'intervenante de mettre en place des conditions qui permettent d'accéder à la conscience. Une séquence probable est celle-ci : faire le traitement, illustrer une méthode ou une solution pour augmenter la capacité d'auto-soin du client, démontrer les gains possibles, les faire expérimenter de façon à favoriser l'appropriation, faire verbaliser les craintes et désirs, accéder au moral.

Néanmoins, pour les infirmières, le *faire* est d'abord (au sens chronologique) une affaire technique qu'il faudra préparer dans la solitude de la procure et l'évidence des protocoles. La technique est d'ailleurs tellement évidente qu'elle n'est pas, ou peu, objet de parole, si ce n'est d'une parole technique et rapide pour combler une lacune très spécifique. Lors de l'intervention comme telle, la technique s'occulte toute entière derrière la finalité de l'intervention. Alors qu'une infirmière était accompagnée par une infirmière en stage d'actualisation, la technique n'a fait l'objet d'aucune discussion lors de l'intervention présentée par notre locutrice.

*Du geste comme tel, non, du pourquoi, oui.

Int. : Comme le fait qu'il soit piqué très souvent, qu'il guérisse mal, en avez vous parlé à l'infirmière que vous orientiez ?

Bien ça elle l'a compris, de part notre gestuel qu'on a fait. (3)

Auprès du client, la technique n'est pas non plus discutée, bien qu'elle soit présentée, notamment à travers la séquence d'actes qu'elle met en œuvre. Cette profonde intériorisation du *faire* favorise le fait que la réalisation de la technique soit un espace de silence professionnel et, par conséquent, un espace potentiel de parole, portant éventuellement sur les affaires de l'âme. Ainsi, la réalisation technique devient une occasion de bavarder de tout et de rien, pour éventuellement accéder au moral, notamment par le banal, en apparence,

Comment ça va ? Il va sans dire qu'à ce moment là, et notamment dans la proximité du corps, tout devient possible. Le développement d'une technique d'entrevue, en formation continue et à l'invitation du modèle McGill, permet d'augmenter la rigueur méthodologique de l'intervention dans ces moments informels.

*On m'a montré à développer ça. C'est dans mon rationnel. (7)

Cependant, au-delà du geste et de la relation, les interventions des infirmières sont l'occasion de voir, de recueillir des indices et d'observer les pratiques du client.

*Elle m'a amenée à la chambre du bébé. Je suis allée la voir, elle dormait effectivement. Puis était bien...(4)

En ce qui concerne les travailleuses sociales, une part de la mise en ordre du *faire* découle de l'explicitation de l'implicite de l'intervention et sa formulation en plan d'intervention plus ou moins large, plus ou moins objectivable, plus ou moins détaillé. En fait, les travailleuses sociales mettent en œuvre en pratique un plan d'actions d'une telle évidence en regard des objectifs, de la problématique et des différents invariants praxéologiques en jeu dans la relation qu'il consiste d'abord en une simple explicitation, souvent *a posteriori*, de ce qui se fait. Cela indique sans doute la place privilégiée qu'occupent les invariants praxéologiques dans l'action des travailleuses sociales, en regard du peu de signifiante des formels plans d'intervention.

Elles nous ont semblé plus relativistes que les infirmières. Par exemple, elles souhaitent obtenir la plus grande pluralité possible de points de vue sur le problème et cherchent à changer l'angle à partir duquel elles le travaillent. Ce relativisme semble cependant quelque peu équivoque à l'occasion. En effet, si l'action de normaliser, au sens de confirmer que «c'est correct que vous fassiez ceci ou cela», exprime un relativisme certain, l'action sur et par les normes est au cœur de la pratique en travail social. Il s'agit, par exemple, de décristaliser, c'est-à-dire de déconstruire un problème tel que signifié par le client de façon à pouvoir le reconstruire d'une façon estimée «positive».

*Et au travers de ça, il y a beaucoup de ...décristallisation...et de normalisation. (16)

Elles nous semblent également plus stratégiques que leurs collègues infirmières dans la mesure où leur pratique leur impose de poursuivre en même temps une pluralité d'objectifs

et de mandats parfois difficiles à arrimer entre eux, éventuellement contradictoires. Il est parfois nécessaire d'avoir une stratégie occulte pour rencontrer une demande légitime, mais qui ne participe pas de la belle transparence humaniste de la relation privilégiée avec le client véritable.

*En arrière de la tête, j'avais un petit peu les préoccupations de ses enfants...Sans lui en parler...cette fois-ci, je lui en parlais pas, mais à un moment donné peut-être qu'on en reparlera. (18)

Cette pluralité des mandats, qui ne concerne évidemment pas que les travailleuses sociales, entre donc parfois en confrontation avec le désir d'inscrire sa pratique professionnelle dans une perspective humaniste. Il ne s'agit pas de laisser entendre que les mandats sociaux s'appliquent brutalement aux travailleuses sociales, leur faisant nécessairement violence au plan symbolique en les obligeant à faire une action à laquelle elles ne croient pas. Mais l'alternative conceptuelle à cet énoncé n'est pas la croyance professionnaliste en une action professionnelle totalement autodéterminée. En fait, tant en pratique qu'au plan idéal, *aider* peut se réaliser avec ou à l'encontre du client. Par exemple, au soutien à domicile, une personne en perte d'autonomie qui, au plan légal, demeure toute entière détentrice de ses droits fondamentaux peut faire l'objet d'une intervention intrusive s'il s'avérait que sa sécurité soit menacée par les choix de vie qu'elle fait. S'il va sans dire qu'au plan légal le droit de choisir demeure imprescriptible tant qu'un régime de protection n'est pas entériné par le Curateur public ou un juge, en pratique nombre de situations commandent une intervention plus intrusive, d'ailleurs reconnue au plan légal par diverses lois spécifiques, telle la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi 39) et la *Loi de la protection de la jeunesse* (Loi 24). Mais l'affaire n'est pas que légale. Lorsqu'une intervenante estime que la situation d'une personne est suffisamment grave ou risquée, que cette impression est appuyée de faits, et que la problématisation sociale est suffisante, elle pourra chercher à convaincre la personne de façon parfois très insistante, voire même en effectuant des petits coups de force symboliques du genre «Si vous ne faites pas ceci ou cela, nous ne pourrons plus vous aider». Nous ne voulons pas laisser entendre ici que cette intervention est illégitime. Il est parfois nécessaire de tenter de convaincre le client d'accepter une hospitalisation en C.H.S.L.D. ou un hébergement en soins palliatifs. En fait, de telles interventions ont en général une grande légitimité pratique que confirme le récit-client. Notre propos ici est d'illustrer comment l'action n'est ni totalement déterminée hors de sa pratique,

ni autodéterminée de la seule dimension existentielle. Le récit-client, pour certains cas délicats pour lesquels l'intervention à *faire* n'est pas établie d'avance, se narre éventuellement à multiples voix, le temps qu'elle devienne socialement et professionnellement évidente pour chacune des intervenantes impliquées dans la situation.

La gestion du risque, notamment en l'absence de faits ou de légitimité sociale forte, est une caractéristique discriminante de la pratique des deux groupes professionnels. Il nous a semblé que les infirmières sont plus intolérantes au risque que ne le sont leurs collègues travailleuses sociales. Cela traduit sans doute un rapport au *vrai* et à l'*incertitude* fort différent d'une profession à l'autre. Un autre point différenciant les travailleuses sociales des infirmières est que ces dernières réfèrent davantage à un modèle conceptuel, en l'occurrence le modèle McGill, alors que les premières nomment à l'occasion, et ce de façon en général assez floue, des courants et savoirs théoriques des sciences sociales (thérapie de la réalité, cycle de la violence), auxquels s'ajoutent quelques références à ce qui serait une méthode générale du travail social et à ses variantes spécifiques (ex. : intervention court terme centrée sur les solutions). En fait, si le modèle McGill semble signifiant pour dire la pratique du collectif des infirmières, les référents théoriques sont plutôt affaires personnelles pour les travailleuses sociales. La méthode générale a peut-être pour elles une fonction signifiante similaire au modèle McGill des infirmières, mais la puissance référentielle de ladite méthode générale apparaît plutôt diffuse.

*Il y a souvent une thématique de base mais qui se manifeste de différentes façons. La répétition du travail qui se fait...il y a comme le processus de la pelure d'oignon...C'est une répétition, puis c'est pas une répétition...C'est comme la poursuite de quelque chose. (12)

En fait, la méthode générale est moins une méthode qu'un appareillage disparate, composite et utile pour agir en ce qui serait un processus général d'intervention, formé de grandes phases comme l'accueil, l'évaluation, etc. (De Robertis, 1981). Ce processus général, qui trouve évidemment écho auprès des praticiennes, est pour nous une structure d'invariants praxéologiques transversale à l'ensemble des métiers relationnels. Le modèle conceptuel s'en distingue en affirmant comment et selon quels principes l'intervenante s'y insère. Ce faisant, la méthode générale semble plus incertaine, quoique plus ouverte à l'éclectisme qu'exigerait la pratique.

Plus spécifiquement, les travailleuses sociales cherchent à identifier chez le client des patterns, sortes de régularités signifiantes du problème. Ceux-ci peuvent être au niveau de la personnalité du client, de sa famille ou de sa culture. Il s'agit sans doute d'une façon de formuler une part du problème qui dépasse la simple question d'intentionnalité du client en la ramenant à son contexte de production sociale.

Une autre distinction entre les deux groupes professionnels réside au niveau des *ethos* professionnels respectifs. Les travailleuses sociales participent, plus ou moins explicitement, d'un projet émancipateur, même s'il apparaît *a priori* à l'observateur comme relégué au second plan d'une relation existentielle occupant tout l'espace clinique. Il s'agit, par exemple, de se poser en défenseur des droits du client, en courtier de ressources, en catalyseur d'une croissance personnelle, en éducateur, etc. Ce projet professionnel induit une posture équivoque des travailleuses sociales à l'égard de l'organisation qui les emploie et des programmes et règles administratives qu'elles mobilisent au bénéfice de leurs clients. Leur intervention est pour ainsi dire bivalente et vise à la fois l'organisation et le client, selon évidemment des proportions fort variables selon les exigences et les possibles de la situation. Ce désir de soutenir un projet émancipateur n'est donc pas absolu. Outre les nécessités pratiques d'une relation clinique devant répondre à ses propres exigences, les travailleuses sociales doivent parfois opposer et mettre en balance le droit et l'intérêt individuels de leurs clients à l'intérêt général, notamment en contexte de rareté de ressources. Ainsi apparaît un double équivoque : en regard de ses affiliations premières à l'organisation et au client, en regard d'un client qu'il faudra parfois desservir aux bénéfices de l'intérêt général, soit d'autres clients potentiels. Cette posture pourrait certes se voir assimilée à un travail de fonction publique, où l'intervention est d'abord affaire d'intérêt général, quitte à ne pas satisfaire la demande spécifique. Pourtant, cette fonction publique du travail social se conjugue d'un *ethos* professionnel émancipateur comme possible transcendance de l'action du groupe professionnel et de l'intervenante. En fait, pour les travailleuses sociales, l'intérêt général n'est pas que brute imposition de la dictature du nombre ; elle est aussi projet de société auquel elles participent.

À ce propos, les infirmières ont une relation plus univoque avec leur employeur et les programmes et règles administratives qu'elles mobilisent. Elles ne participent pas, au plan

collectif, d'un projet émancipateur ou transformationnel de la société, mais bien d'un projet d'humanisation de la technique. Les désirs d'humanisation des soins et de dépassement de la matérialité technique sont de toute évidence les voies de la transcendance en nursing, et ce tant au plan collectif qu'individuel. Cela exige moins de se mettre en porte-à-faux à l'égard de l'employeur que de promouvoir les conditions de travail favorables à la réalisation de ce projet et d'assurer une meilleure reconnaissance des possibles disciplinaires pour la profession infirmière. D'une certaine façon, la relation clinique compose la quasi totalité de l'intervention en nursing. Ce faisant, le groupe professionnel ressent moins le besoin de se poser, ni de se questionner, comme rapport social que ce n'est le cas en travail social. Encore une fois, le rapport à la tâche vient atténuer notre propos, en rappelant notamment que les infirmières portant des mandats sociaux, comme c'est le cas en périnatalité, peuvent avoir un rapport quelque peu différent de celui qui nous décrivons ici. Néanmoins, de façon archétypique, nous avançons que ce rapport à la transcendance de l'action diffère d'une profession à l'autre. Voici ce qu'évoque un travailleur social au soutien à domicile. Un tel énoncé ne semble ni nécessaire, ni signifiant en nursing.

*L'advocacy, c'est d'essayer de défendre les gens qu'on a à défendre. (18)

Enfin, les intervenantes se doivent de prendre une posture praxique, où la congruence entre le *faire* et la *mobilisation de soi* est suffisamment serrée pour que l'action soit le fait aussi d'une volonté existentielle. Il s'agit d'une condition constitutive et première de l'efficace dans les métiers relationnels.

*Il faut que j'en sois convaincue de ce que je parle. Je suis convaincue que cette approche peut être...bénéfique. (10)

À l'importance d'un *faire* ordonné s'ajoute une autre dimension déterminante de l'intervention, c'est-à-dire l'exigence d'**avoir une nécessité d'intervenir**. En fait, il ne fait nul doute pour personne qu'intervenir est une action sociale au caractère forcément intrusif, même si le désir de réduire et d'humaniser l'intrusion est des plus présents. Le travail de catégorisation évoqué précédemment vise notamment l'identification des légitimités autorisant une forme balisée d'intrusion dans la vie d'autrui.

Les souffrances du corps et de l'âme, les conséquences d'une crise appréhendée ou actuelle, l'urgence comme telle, la fatigue physique ou psychologique suffisent en général à légitimer

une intervention, et ce d'autant plus que ces légitimités sont appuyées d'une demande d'un client ou de l'un de ses proches. La perspective d'un changement possible et positif ajoute à cette légitimité de l'intervention.

*Ça me choque, il y a quelque chose à faire. (1)

*Elle a pleuré un peu, mais c'était pas la grosse crise, c'était assez contenu. (13)

*Si j'avais observé des choses qu'était vraiment épuisée...le gazon est pas fait, tout traîne dans la maison ...Là tu vas un petit peu plus loin. (18)

*C'est pas juste de la respecter. Tu sens, en évaluant pareil...en continuant à faire un certain suivi...on assure une certaine ...sécurité...pareil...est pas dans une situation de dangerosité. (18)

À cette légitimité quasi praxique préexistent des légitimités sociales incarnées par l'organisation, les programmes et les politiques sociosanitaires. Qu'il s'agisse de mandats de santé publique (prévention des maladies transmissibles sexuellement, du tabagisme), ou de problématiques sociales fortement instituées (le suicide chez les jeunes, la protection de l'enfance), l'intervention a la légitimité de sa potentialité, de sa capacité à agir sur les problèmes. Le service, le programme ou l'organisation sont là, prêts à intervenir par l'action de l'intervenante.

*Je vérifie un petit peu, en passant, le bébé...Je m'aperçois que le petit bébé est couché sur le ventre. Je vois qu'elle dort, mais elle est couchée sur le ventre...C'est sûr que là j'ai à intervenir. À cause de la mort...subite du nourrisson. (5)

*On parle d'événements qui sont fatiguants. (11)

L'intervenante relève des indices, prend des mesures, vérifie certains indicateurs afin de poser divers diagnostics praxiques («C'est une bonne mère») ou plus spécifique à la problématisation sociale («Cette mère est attachée à son bébé», ce que démontrent divers indices d'attachement, comme autant d'indicateurs d'un faible risque de maltraitance). Le degré de factualité induit un rapport complexe et situé à la nécessité d'agir. En certaines circonstances, notamment lorsque le monde socio-judiciaire est interpellé, la nécessité d'obtenir une corroboration factuelle est déterminante. La teneur des diagnostics commande alors des interventions à intensités et cibles variables, suivant la qualité de la preuve, l'intensité du problème, etc.

*C'est peut-être pas un cas de violence...grave, mais j'ai un petit plan de match sur...comment traiter...la violence. (15)

En cas extrêmes, il s'agit de suspendre certains droits (Protection de la jeunesse, curatelle publique, loi 39), ou d'agir d'office (les urgences du corps, la violence infantile, les indices suicidaires, etc.), sinon l'intervention est moins intrusive, selon les objectifs poursuivis et les possibles de la relation. Il peut simplement s'agir de poursuivre un suivi, le temps de stabiliser les diagnostics. Ce suivi offre l'occasion d'intervenir à différents niveaux, de l'enseignement à la motivation, en passant par différentes activités d'expérimentation.

La légitimité guide l'intervenante vers la réalisation des mandats sociaux. Ainsi, l'intervention s'oriente, par exemple, par la nécessité d'assurer la sécurité d'un client, de façon à prévenir une aggravation de son état ou de façon à supporter le travail des aidants naturels, comme pierre angulaire d'une intervention multidisciplinaire et multisectorielle de maintien à domicile.

*J'ai instauré avec Madame, puis avec sa nièce, une feuille de ses médicaments pour que eux autres puissent faire le suivi. (8)

En outre, le fait de participer d'une organisation procure une légitimité pratique lorsqu'il s'agit, par exemple, de relayer l'action d'une collègue. Se faisant, c'est l'intervention de l'organisation toute entière qui se réalise par une telle action. Il peut s'agir de relayer une information de la nutritionniste, d'informer ou de traduire au client une décision de la travailleuse sociale, de rappeler la nécessité d'une inscription à l'hôpital en soins palliatifs, etc. Plus spécifiquement, la présence d'effets pervers de l'intervention multidisciplinaire engage et autorise chaque intervenante à intervenir de façon à les minimiser ou à remobiliser l'organisation.

Méthodes et protocoles imposent, d'évidence, une forme de légitimité de l'action. Il faut faire ceci ou cela, car l'intervention est contenue dans l'objectivation même du problème. Dans le cas suivant, la nécessité d'intervention (informer sur les risques d'une maladie) s'évanouit avec le constat de l'adéquation à la méthode.

*Elle a l'air de me donner tous les renseignements...elle sait que...c'était du muguet...Elle sait c'est quelle intervention qu'elle a à faire. (5)

En outre, le fait même de s'appuyer sur une méthode ou un protocole pour agir procure, si ce n'est une nécessité d'intervention, au moins une légitimité de type rationnelle. En pratique, le client estime qu'après tout, c'est l'intervenante l'experte en la matière, pas lui.

La relation, la parole, la qualité du lien, l'intensité de l'émotion, la présence de pleurs et la simple présence du client au bureau procurent une légitimité pratique ou existentielle au fait de s'introduire dans la vie d'autrui. L'intensité de cette légitimité est relative au degré de conscience du client quant aux buts de l'intervention. Un défaut de conscience laisse planer un doute sur la légitimité même de l'intervention.

*C'est toujours délicat pareil...à aborder, même si faut qu'on l'aborde...Il faut quand même qu'elle soit consciente de ça. (5)

Un esprit négatif, une volonté défaillante, une émotion paralysante (peur, tristesse, etc.) peuvent légitimer une intervention visant à transformer cet intolérable état d'esprit, pour toute intervenante socialisée aux valeurs du changement. Dans le même ordre d'idées, il est nécessaire et légitime d'intervenir lorsque l'humanité d'un client est mise à mal. Par exemple, cette travailleuse sociale, qui avait grand besoin de s'affilier à la conjointe de son client principal, intervient au risque de briser le lien naissant avec la dame, pour défendre l'humanité de son client. Sa conjointe livrait sans son accord des détails de son intimité de façon à prendre pouvoir sur lui.

*J'ai été obligé de lui dire à la madame: «J'ai pas vraiment besoin de tous ces détails»...Fallait à quelque part que...je protège...le conjoint...à travers tout ça. (17)

Il va sans dire que la formulation même de la demande engage la potentialité de l'intervention. En l'absence d'une demande provenant du client, ou de ses mandataires, l'intervention est estimée unilatérale et susceptible de se voir invalider par défaut de légitimité suffisante. L'acte de recevoir une demande produit une légitimité formelle nécessaire à une intervention minimale ou initiale, qui consiste, en un premier temps, à vérifier la recevabilité de la demande au plan organisationnel, professionnel et programmatique. Cela étant acquis, l'intervenante explore la demande, notamment par une activité de mise en mots lors de laquelle peuvent émerger les objectifs de l'intervention et, dans certains cas, le plan d'intervention lui-même. Cette première séquence d'activités permet de vérifier et d'élucider la légitimité sur laquelle s'édifie l'intervention. À partir de ce

moment, l'entrée en relation s'intensifie et devient si nécessaire proactive. Notons au passage qu'à l'idée de demande correspond un envers tout aussi déterminant : soit l'idée de *besoin*. Ici, il doit y avoir un arrimage entre la reconnaissance sociale du besoin et une formulation incarnée de celui-ci, portée par un citoyen sujet de droits et formellement demandeur. Ainsi, une demande n'ouvre pas à elle seule un droit de recevoir un service. Le besoin qui la soutient doit rencontrer la définition sociale (par exemple à travers la Politique de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 1992) dudit besoin.

Au risque de surprendre, il est possible de proposer que l'intervention en tant que telle, ou plus spécifiquement le désir d'intervention, en cela soutenu des *ethos* professionnels, génère une certaine légitimité d'intervention endoréférée. En fait, il y a consensus sur le fait qu'il vaille mieux intervenir que de favoriser le *statu quo* : *intervenez, intervenez*, il en restera toujours quelque chose.

*Je pars avec l'idée que je peux quand même apporter de quoi. (10)

*Celui qui ne parle pas, ça veut pas dire que ce qu'il écoute de l'autre ne lui font pas de bien. En quelque part, ça peut être utile finalement, et...être valable...pour tout le monde...J'insistais sur le fait : «Je pense que ça vaut la peine de l'essayer...de ne rien faire, c'est le statut quo, on sait ce que c'est...Donc, essayons autre chose». (10)

Pourtant, les travailleuses sociales reprochent parfois aux infirmières leur interventionnisme. C'est que les premières ont peut-être une certaine distance critique quant à la légitimité de leur intervention, si l'on pense à leur ancrage relativiste en regard des évidences du corps tels qu'enseignées en nursing.

Au plan praxéologique, intervenir, c'est aussi **mettre en œuvre des protocoles d'action**. Nélisse estime à ce propos que la prégnance de la notion d'*intervention* traduit au moins en partie une protocolarisation du travail dans les métiers relationnels. *A priori*, cette caractéristique semble ici distinguer travailleuses sociales et infirmières et contredire le point de vue de Nélisse. Nous reviendrons en conclusion sur ce point théorique. Qu'il suffise pour l'instant de signaler que, si nous ne croyons pas que la protocolarisation du travail constitue l'unique dimension structurante de la notion d'intervention, nous pensons néanmoins qu'elle y joue un rôle important, mais d'une façon plus complexe que la simple technicisation de la pratique professionnelle. Pour l'instant, nous pouvons écrire que les infirmières réfèrent dans leurs discours à des protocoles de façon relativement explicite, contrairement aux

travailleuses sociales où, au mieux, ils sont tacites. Dans les faits de langage, les énoncés provenant des dix entretiens de recherche des travailleuses sociales, on ne retrouve que fort peu d'énoncés référant directement à des protocoles.

Les infirmières quant à elles se réfèrent, d'une certaine façon, à la bonne vieille méthode expérimentale lorsque les enjeux du corps sont importants. Dans le doute, l'infirmière explore systématiquement les possibles du corps et de ses traitements de façon à ne pas mésinterpréter un indice. En fait, à plusieurs égards, mais non à tous, l'intervention en nursing est un *faire* très ordonné.

Au plan conceptuel, si le développement et l'adhésion au modèle McGill ont permis un élargissement du champ de pratique des infirmières vers les domaines du social, l'élargissement vers le champ de la pratique médicale est et sera encore plus important pour elles. Cet élargissement suit la séquence suivante : 1) production de modèles conceptuels, 2) reconnaissance d'un rôle propre, 3) formulation de diagnostics infirmiers relatifs au rôle propre, diagnostics auxquels sont associés des interventions protocolarisées, 4) puis, bientôt au Québec, en retard à cet égard sur d'autres provinces canadiennes et États américains, le développement de l'infirmière experte qui pourra formuler des diagnostics à la périphérie du champ médical actuel.

Sous cet aspect, la thèse de Nélisse semble fort pertinente pour comprendre la modification du rôle infirmier. Le modèle McGill aura été nécessaire, quoique non suffisant, dans la reconnaissance d'un rôle propre qui favorise l'élargissement de la pratique du côté du social. Cet élargissement, s'il paraît secondaire au niveau des enjeux de découpage des territoires disciplinaires, apparaît par contre essentiel dans la reconnaissance de la part tacite du travail des infirmières, reconnaissance leur permettant d'accéder au statut de métiers relationnels, condition d'accès à la professionnalité par la reconnaissance de l'*art* professionnel des professions libérales de haut prestige. En fait, il s'agit pour les infirmières de s'élever au-dessus de cet aura de technicienne que d'autres corps professionnels se plaisent à leur rappeler.

Les protocoles de référence proviennent évidemment du monde médical (par exemple pour le dépistage de problèmes auditifs) mais aussi de l'organisation du travail comme telle, notamment en regard de la nécessaire articulation avec les médecins. Un questionnaire complété par une infirmière permet de préparer le travail du médecin, et favorise ainsi l'efficacité organisationnelle.

*J'ai tout un questionnaire à faire. (2)

De tels protocoles sont vite intériorisés.

*Je suis rendue que je le sais par cœur. Mon explication c'est quasiment un cassette. (2)

Le fait de participer à une famille théorique, en l'occurrence le modèle McGill, est parfois assimilé à une protocolarisation du travail circonscrivant ce qui se doit d'être fait, mais surtout comment il faut le faire.

*J'ai déjà eu Virginia Henderson au niveau des besoins. On travaille plus avec McGill, mais c'est resté comme élément de base. (7)

Il faut cependant formuler ici une prévention importante. Le rapport aux modèles conceptuels chez les infirmières nous semble d'abord normatif avant d'être théorique. En fait, si nous pouvons trouver des travailleuses sociales se revendiquant d'une analyse structurelle ou systémique, d'une perspective de type thérapie de la réalité, ou d'une approche féministe, c'est que nous nommons des rapports au réel qui s'appuient sur des théories, certes la plupart du temps composites et composées, mais théories néanmoins. Pour ce C.L.S.C., toutes les infirmières adhèrent *a priori* à un même modèle, le modèle McGill. Celui-ci dit moins un rapport théorique au monde qu'une conceptualisation du travail infirmier, une façon de dire et de prescrire *l'être infirmier*. Une telle unanimité, fantasmatique en travail social, exprime sans doute la clarté relative des objets en nursing.

Nombre de protocoles ont tout de même un fondement scientifique. Par exemple, les stades du développement de l'enfant, le codex des effets secondaires des médicaments, les seuils de dépistage des problèmes auditifs sont suivis (presque) à la lettre. Au plan praxéologique, le client qui adhère de près aux étapes de ces protocoles sera estimé comme un bon client. En périnatalité, par exemple, l'État diffuse à toute mère sortant de la clinique d'obstétrique un livre, le «Mieux vivre avec son enfant», vulgarisant une série de protocoles pédiatriques

prescrivant ce qu'il convient de faire pour le bien-être de son poupon. Dans le cas suivant, où le C.L.S.C. craint que la jeune mère se sente dépassée par les exigences de la maternité, le suivi de l'infirmière a pour but de l'outiller et de la soutenir, mais aussi de vérifier son niveau de compétence parentale. L'emploi «religieux» par cette mère de l'ouvrage offre à l'infirmière une indice fort que tout va pour le mieux. La cliente adhère aux préceptes pédiatriques :

*Quand j'ai sorti le «Mieux vivre», elle dit «C'est ma bible ! Je l'aime assez !» Fait qu'elle utilise ce livre beaucoup. (4)

Une part de l'intervention infirmière, revendiquée avec fierté, est précisément le travail d'enseignement, soit le transfert souvent méthodologique et protocolaire qui permet de prolonger l'intervention professionnelle pour avoir un impact structurant dans la vie des clients. Ici, l'infirmière présente un agenda indiquant les étapes de développement de bébé et offrant une méthode d'observation et de consignation des données :

*[Dans] les petits albums de bébé, il y a des choses d'indiquées que le bébé devrait faire. (5)

Il ne faut cependant pas laisser entendre à ce propos que la déférence des infirmières à ces protocoles exprime un conformisme aveugle. Elles se doivent constamment de les adapter à la nécessité et aux possibles pratiques. Par exemple, une infirmière du soutien à domicile vérifie les A.V.Q.-A.V.D. selon ce qu'elle juge pertinent de faire dans la situation. Une autre adapte un protocole de dépistage des problèmes auditifs à une évidence pratique : celle de vérifier plus avant sur la base de soupçons empiriquement fondés, de façon à rendre efficace l'activité globale de dépistage.

*Les A.V.Q.-A.V.D., ceux qui sont pertinents pour elle. (7)

*Si tu suis vraiment toute la théorie, tu devrais regarder chaque enfant avant, mais moi je me dis quand l'enfant entend bien je vois pas pourquoi je regarderais toutes les oreilles. (9)

Au plan praxéologique, l'intervention pose des protocoles pratiques en regard de la tâche et du programme auquel participe la tâche. Il peut s'agir, par exemple, d'aborder de façon systématique certains thèmes implicites aux programmes (ex. : projet de vie de la mère lors d'un suivi ciblé en périnatalité).

Enfin, s'il est vrai que les travailleuses sociales se revendiquent que fort peu explicitement de protocoles, elles se réfèrent néanmoins à de très nombreux systèmes de règles

administratives et programmatiques. Ces règles, cependant, sont vécues d'abord comme contraintes/ressources de l'intervention plutôt que comme mise en forme protocolarisée du *vrai* de l'intervention. Certes, elles se réfèrent également à des courants théoriques, à des concepts théoriques, à des savoirs scientifiques. Mais ceux-ci ne sont pas protocolarisés, inscrits dans une séquence d'actions standardisée. Chacune compose sa sociologie plus ou moins implicite du monde selon son inscription dans le champ paradigmatique. L'éclectisme caractérise ici le collectif *travailleuses sociales*. Et s'il est vrai qu'elles réfèrent à l'occasion à une méthode générale et générique de l'intervention, il s'agit moins, selon nous, d'un protocole méthodologique comme l'est la méthode expérimentale pour les infirmières, que d'une référence aux invariants praxéologiques inhérents au fait de la relation, au statut de la parole, etc.

Nous avons fréquemment référé à l'idée que l'intervention comprend une activité de collection et de classements d'indices, permettant d'établir une forme de diagnostic, duquel découlent des possibles en termes de *faire* et d'objectifs. Ces indices s'analysent en regard de **grands déterminants épidémiologiques**. Parmi ces déterminants l'on compte tous les déterminants de la vie, soit l'âge et les étapes de la vie, le sexe, les pathologies et handicaps, les processus du corps (vieillesse, maturation, guérison, etc.), les conditions médicales (lien tabagisme/pilule), les conditions pharmacologiques (techniques d'absorption), etc.

Les déterminants sociaux, tels les liens de filiation et les rapports familiaux, le milieu de vie, la niveau de richesse et de scolarité, etc. sont également considérés, en plus des déterminants comportementaux (ex. : pratiques sexuelles), des ressources du client, des facteurs de risque et des événements déclencheurs (accouchement, crise, etc.). De façon très intéressante, le rapport que le client entretient à l'égard des services sociaux apparaît aussi comme un déterminant important.

*C'est la première fois qu'elle consulte. (19)

Tous ces déterminants permettent de catégoriser les diverses dimensions de l'intervention pour ainsi formuler divers diagnostics réintroduits dans le récit-client. Ils expriment la fécondité de la rencontre des sciences sociales et sanitaires au sein d'un réseau marqué de l'apport de l'épidémiologie dans la production des problématiques sociales.

Toujours à partir des discours recueillis, il appert que les intervenantes doivent **tenir compte d'un ensemble de conditions légales**. Par exemple, un client âgé de plus de 14 ans a le droit formel de prendre certaines décisions le concernant, notamment le droit de consulter sans l'autorisation de ses parents. À ce propos, comme en d'autres d'ailleurs, il importe de souligner que le rapport aux lois n'est pas un rapport stricte d'obéissance ou d'application. La loi n'a pas le caractère immédiatement impératif des affaires du corps. La relation ou l'évaluation de la complexité demeurent importantes pour élucider les possibles de l'intervention dans un contexte légal. Ainsi, pour le client de 13 ans, les intervenantes vérifient son désir de consulter seul et tenteront si nécessaire de convaincre le parent de respecter son choix. De même, les intervenantes invitent le client de 14 ans à intégrer ses parents dans ses décisions, tout en rappelant le respect le plus strict de son droit à la confidentialité, s'il le souhaite. En fait, notamment en regard des droits de la personne, il s'agit d'abord d'engager les uns et les autres à les reconnaître, sans engager d'emblée la puissance de l'appareil légal, appareil d'exception. En outre, en regard du caractère intrinsèquement intrusif de l'intervention, il appert essentiel de respecter les diverses autorités impliquées dans le dossier et reconnues légalement (autorité parentale, autorité médicale, etc.). Les règles d'archivage et de confidentialité sont perçues en partie comme des règles à caractère légal.

Pour les intervenantes, le contexte légal est certes une condition de la pratique, et tout autant une ressource qu'une menace. Comme l'intervention est en partie intrusion, et que cette intrusion porte sur des dimensions de la vie aussi incertaines qu'essentielles, il est possible que le client ou un proche, voire même un supérieur, un collègue ou une agence de contrôle (ex. : un ordre professionnel), interpellent la responsabilité de l'intervenante. Cet horizon menaçant de la plainte implique des pratiques multiples de prévention ou de protection. Nous avons référé *supra* explicitement à la question de la rédaction des dossiers à ce propos. Nous pouvons ajouter à cet aspect la recherche constante d'indices, la nécessité d'obtenir un acquiescement, une corroboration, un engagement, ainsi que la toute aussi nécessaire exigence de produire un récit-client qui saura favoriser la conviction partagée. La parole a ici une fonction importante. Il faut dire au client les limites de son action, lui faire dire le problème, ses désirs, ses possibles. Et ces dires cruciaux sont consignés au dossier à titre de

preuves sous la forme de citations. Notamment pour les infirmières, où le détail parfois technique peut être difficile à dire, des documents explicatifs peuvent être remis dans une perspective de protection professionnelle, entre autres perspectives il va sans dire. Par exemple, un feuillet d'information sur la contraception présente de façon complète et rationnelle les détails qu'il faut connaître sur le sujet, détails que les contraintes de la relation et de la pédagogie laissent dans l'ombre. Ce faisant, l'intervenante s'est protégée d'une éventuelle critique quant à une carence informationnelle.

Enfin, il est nécessaire de souligner la place qu'occupent les organisations légales dans l'action des intervenantes. Par exemple, une plainte policière concernant un comportement du client dramatise le problème et légitime une action plus forte et plus intrusive. Dès que la situation implique de façon directe ou indirecte des mineurs, l'intervenante doit établir un diagnostic écartant, suspendant ou mobilisant l'obligation de signalement à la Protection de la jeunesse. La problématique de la violence conjugale tend à se constituer ainsi, mais selon une mécanique plus (ou trop, selon le point de vue) souple.

Nous abordons enfin la dernière rubrique de la section rendant compte des différents invariants praxéologiques présents dans les discours de nos locutrices. Intervenir implique de **voir et de dire les limites de sa propre intervention**. En premier lieu, il importe d'explicitier au client les limites intrinsèques à l'intervention quant à la demande, au champ de compétences, à l'autorité professionnelle, à la tâche, aux capacités du client lui-même ou aux possibles du changement.

*Je sais pas, une petite infection, peut-être du liquide derrière le tympan,... je pose pas de diagnostic. (9)

*«Je peux pas vous promettre que ça va être guéri.» (1)

Malgré ces limites, il demeure que l'intervenante a une responsabilité professionnelle et organisationnelle formelle face au problème, notamment une obligation de moyens. Les limites ne peuvent être invoquées pour se dégager de cette responsabilité minimale. Elles impliquent au pire un transfert sectorielle, disciplinaire ou intradisciplinaire, ou toute autre action visant à diminuer les risques et incidences d'une cessation de service. Il importe également que l'intervention anticipe les effets pervers et secondaires qu'elle peut provoquer,

notamment lors des invites à l'entrée en introspection. Il importe de pouvoir assumer ce que l'intervention soulève sous son passage.

*Quand tu commences une piste, faut que tu sois capable d'aller ramasser. (7)

*Je voulais pas éterniser trop...vu que je la réfère ailleurs, vu que ce sera pas moi...l'intervenant...Je veux pas...comme établir un...lien trop fort...Surtout lorsque c'est référé à l'extérieur. Je voulais pas aller trop loin ...dans le travail avec, au niveau du processus de deuil. Parce que ça aurait été commencer quelque chose que je pouvais pas finir. (13)

Il y a également des limites praxiques propres aux intervenantes, comme la crainte assez répandue de l'épuisement professionnel.

*Je vais jamais au-delà de ma limite, ou que ça me siphonne. (7)

Les défauts de volonté, de parole, de lien de confiance du client qui ne peuvent se corriger par l'intervention constituent également des limites praxéologiques. Il en va de même quant à l'histoire du client, notamment en ce qui a trait aux rapports qu'il eu avec les services sociaux. Si celui-ci ne veut pas s'engager, ou qu'il refuse d'assumer le coût du changement, et que le problème n'implique pas une légitimité sociale forte (comme une obligation de protection sociale), l'intervention se voit grandement limitée. Cette limite sera explicitée de façon à provoquer l'engagement du client ou à lui rappeler sa responsabilité fondamentale. De telles limites peuvent être source de frustration pour des intervenantes formées pour et désireuses d'intervenir.

*J'ai de la misère avec ce tempérament là, le laisser-aller. (1)

*L'attente des jeunes, elle est ici maintenant. Ils étaient pas prêts à écouter. (2)

*Comment en venir à être aidant tout en...ayant une certaine limite...on peut pas forcer le jeune. On peut pas l'attacher, puis le forcer à pas consommer. (20)

*Des fois je suis devant du vide...Parce que je sais plus comment...convaincre un parent. (20)

Le contexte relationnel en tant que tel pose des limites importantes à l'intervention, comme par exemple la charge émotionnelle qu'impliquent les questions de l'intervenante, les événements de la vie du client (par exemple la rupture du couple), la qualité du lien ou le fait qu'il s'agisse d'un premier contact.

*Je veux vraiment qu'il me dévoile, parce que je sais ce que j'ai à lui demander, c'est quand même...pas évident. Dans une première entrevue, je sais même pas si je vais être capable d'aller là-dedans. (11)

*Je me suis dit vaut mieux que je me ferme...parce que ça va mal tourner. (17)

*Elle nous a pas demandé non plus...t'as pas le processus...C'est sûr que des fois on va en profiter, on va en jaser un petit peu...C'est sûr qu'on fait comme un ...suivi ...de reconnaissance, de voir un petit peu, qu'est-ce qui se passe. (18)

Les infirmières, et dans une moindre mesure les travailleuses sociales, subissent la négativité de leur potentiel d'intervention comme une source de souffrance professionnelle. Cette négativité consiste, pour les infirmières, en la maladie et ses aggravations et, pour les travailleuses sociales, en ces catégories sociales très lourdes nommées, à une époque moins trempée d'humanisme, de *morts sociaux*.

*Dans notre travail, on voit des gens qui se détériorent. (1)

Cela induit une lourdeur au plan émotionnel et pratique que l'intervenante doit réussir à contrôler ou à transcender au risque, sinon, de l'épuisement professionnel. En outre, le fait que l'intervention implique des problèmes dont on ne peut maîtriser l'entièreté des paramètres engage l'intervenante à prendre une posture praxéologique où elle doit être prête à tout et à son contraire.

*Je suis infirmière, je dois faire face à des situations comme ça.(2)

Il va sans dire que le contexte organisationnel et programmatique dessine les contours des possibles de l'intervention.

*Je suis frustrée de pas aller plus loin dans une problématique parce que c'est une clinique sans rendez-vous. J'ai pas eu le temps. (2)

Le dépassement éventuel de ces limites, voire en certains cas leur transgression, est source éventuelle de transcendance de la tâche. Cela permet soit de participer au projet de transformation sociale ou d'humanisation des soins selon, il va sans dire, une mesure modeste.

*Ça fait partie de la job d'une infirmière. Dans l'équipe, les filles sont motivées à aller plus loin que juste de faire le traitement. (1)

*J'ai trouvé ça le fun parce que j'ai eu du temps, j'ai pris le temps. (2)

Globalement, le manque de légitimité ou la nature de la légitimité posent les limites de l'intervention. Un manque de factualité, comme une carence de corroboration, n'autorisent pas une intervention forte, par exemple.

Enfin, pour les travailleuses sociales et certaines infirmières, l'incertitude du social est source de limites à l'intervention. Cette incertitude fondamentale implique l'obligation de gérer des risques en regard d'impératifs sociaux, de conditions organisationnelles, juridiques, programmatiques ou professionnelles, et d'exigences praxéologiques relatives à la relation. Cette gestion constitue l'un des plus grands poids moraux portés par ces intervenantes.

6.2.2 Le monde des systèmes d'intervention

Affirmons d'emblée que nous n'avons pas relevé ce qu'*a priori* nous pensions trouver dans les énoncés référant à une dimension ou l'autre du monde des systèmes d'intervention. En fait, sur la base des lectures sur l'intervention que nous avons faites, et sans doute à l'égard de nos propres prénotions concernant les deux groupes professionnels qui nous intéressent, nous nous attendions à trouver deux principaux éléments. D'abord, nous nous attendions à trouver un clivage disciplinaire plus net que celui que nous avons trouvé. Certes, les frontières existent, mais elles sont beaucoup plus poreuses et mouvantes que ce que nous anticipions. Puis nous nous attendions à ce que cette catégorie soit relativement plus présente dans le discours des intervenantes qu'il y paraît suite à l'analyse, notamment quant à l'axe biomédical pour les infirmières, et quant à l'axe des conditions sociales pour les travailleuses sociales. Comme nous l'avons écrit *supra*, ces dimensions sont surtout signifiantes sous l'angle des conditions praxéologiques qu'elles engagent plutôt qu'à travers leurs contenus référentiels propres. De plus, il est évident, au moins en terme de volume, que ces rubriques du monde des systèmes prises dans leur ensemble sont moins lourdes et étendues que celles du monde des invariants praxéologiques. Il faut certes y voir, au moins en partie, un effet des conditions de déroulement de l'entretien de recherche, où le focus portait sur le procédural. Cependant, la méthode d'entretien permettait et encourageait une énonciation relativement libre à propos du monde des systèmes.

Notons que ce compte rendu comme le précédent comporte un effet de narration qui crée une fausse impression de cohérence. Nous rendons donc compte, en le réduisant, de ce qui a été dit, ce qui n'épuise évidemment pas ni la complétude, ni la complexité du *faire* des infirmières et des travailleuses sociales impliquées dans cette recherche.

Le monde du **biologique et du physiologique** comme systèmes de connaissances et comme systèmes vitaux est évidemment fort présent. Il en va de même pour le monde **médical** qui est interpellé comme système de connaissances et de pratiques professionnelles, et pour les systèmes **pharmacologique et chimique**, interpellés tant comme systèmes de connaissances que systèmes techniques. Il va sans dire qu'il s'agit de systèmes fort présents dans l'intervention des infirmières. Cependant, ils apparaissent à l'horizon plus ou moins rapproché de la pratique de plusieurs travailleuses sociales. Ainsi, en santé mentale ou en intervention auprès d'enfants (avec la ritaline, par exemple), l'intervention se pense aussi en regard de ces mondes, malgré le fait qu'ils soient sans aucun doute externes à la pratique immédiate des travailleuses sociales. Déjà l'horizon se rapproche lorsqu'on pense à l'intervention des travailleuses sociales au soutien à domicile où la totalité des patients souffrent de pathologies parfois débilantes, et presque toujours invalidantes. Il n'est pas rare d'observer une travailleuse sociale se documenter sur le traitement du sida, une autre assister à une conférence sur la maladie d'Alzheimer, une troisième discuter avec un médecin sur la séquence prévisible de la dégradation inhérente à la sclérose en plaques. Il va sans dire que cela ne participe pas d'une perspective médicale, mais bien d'une nécessité pratique de comprendre l'état du client, ses potentiels, ses limites, parfois son destin. La transgression quasi doxique des limites disciplinaires des champs de connaissances apparaît sans aucun doute comme indicatrice de l'interdisciplinarité pratique en C.L.S.C. Ce cumul de connaissances extradisciplinaires participe cependant souvent d'un projet disciplinaire : outre celui de comprendre, cela permet de prendre voix au débat de la production collective du récit-client. Les diagnostics, pronostics et symptômes deviennent caractères du personnage client, mis en scène tant par l'infirmière que par la travailleuse sociale.

Plus immédiatement pour les infirmières, ces mondes participent à la réalisation d'une communauté technique, sanctionnée scientifiquement et juridiquement. Elles y occupent une place particulière de par le modèle McGill, de par la part de tâches dites sociales qu'elles accomplissent dans leur action, de par leur autonomie au travail et leur responsabilité à la tâche. Elles sont au centre du monde biomédical, comme sa cheville ouvrière, et à sa marge sous certains aspects, notamment dans la production des diagnostics.

Le monde de l'**organisation** est évidemment fort présent, mais surtout comme contexte de pratique et comme quantité de ressources et contraintes qui affectent de l'extérieur la pratique professionnelle. Au plan cognitif, l'organisation est donc perçue comme extérieure à l'intervention, au mieux comme la scène d'une action d'abord relationnelle. Toujours au plan cognitif, ce rapport d'extériorité s'applique à la division du travail. D'abord, elle permet un séquençage de l'action et des échanges qui enrichissent la pratique, sans la modifier en son fondement. Les intervenantes se perçoivent néanmoins comme part de l'organisation et accepte leur rôle de porte-parole et de relais de l'organisation.

*À la première visite j'explique les...services du C.L.S.C. (7)

Au plan clinique, l'organisation officialise des demandes sources de légitimité et points de départ formels de l'intervention.

*C'est important qu'il fasse une demande de services. (14)

D'autre part, la forme organisationnelle et les mandats que l'organisation porte et promeut produisent des limites aux possibles de l'intervention.

*Je suis frustrée...de pas aller plus loin dans une problématique que je vois ici, devant moi parce que c'est une clinique sans rendez-vous. (2)

*Je réponds aux besoins des 14-24 ans. (2)

Plus spécifiquement, d'autre part, la position qu'occupe une intervenante dans l'organisation définit les limites de sa tâche. Par exemple, un travailleur social à l'accueil reçoit une personne éplorée suite au suicide d'un proche. Toute son action est tournée vers l'atteinte de l'objectif organisationnel d'aiguiller le plus efficacement possible la personne vers le bon service. Le désir d'intervenir du travailleur social se voit réprimé par son mandat spécifique. À plusieurs reprises, il réitère ceci pour donner sens à son intervention, qu'il n'estime d'ailleurs pas vraiment comme de l'intervention, au sens noble (comprendre clinique) du terme.

*C'est accueil-référence. (3)

La continuité interne des services, la position de l'intervenante dans l'organisation, l'affluence des clientèles, les politiques administratives, les modes de distribution, les listes d'attente, les priorités internes, les modalités d'aiguillage et d'organisation des ressources encadrent

l'intervention de l'extérieur. La continuité externe des services est en outre un élément de production des possibles de l'intervention.

*Hier, quand elle est venue, j'avais...juste un médecin. Quand mes carrés seront tous remplis, je ne peux plus en faire voir au médecin. (2)

*Y a un an d'attente...ça va donner quoi...C'est fou, là, ça ne me sert pas. (11)

L'organisation n'est cependant pas qu'un bassin de ressources et de contraintes. Elle apparaît également comme un acteur social qui définit un espace public d'intervention et qui poursuit des buts spécifiques. L'organisation met de l'avant et promeut une conception de l'intérêt général comme interprétation première de la mission institutionnelle, et donc réalisation de l'État. Ainsi, la proximité des collègues de travail permet, lors de discussions collectives, ou avec des intervenantes expérimentées lors de rencontres singulières, de cerner cet intérêt général, notamment en interprétant les programmes et politiques à l'œuvre par l'organisation.

*Je vais leur offrir certaines choses, mais faut que j'en discute avec l'équipe, c'est un petit peu ambigu. (17)

En fait, l'organisation est certes une mise en forme du *travail sur le social* ancrée dans une communauté pratique, mais elle réfère aussi à une fonction sociale de **service public** qui se réalise notamment par l'offre de service, par la disposition de ressources et par la rédaction de programmes. La vérification et la contre-vérification de l'adéquation de la demande à l'offre de service est alors cruciale.

*C'est ce que je peux leur offrir. (17)

*Alors j'ai demandé à [prénom de l'ergothérapeute] si c'était possible, étant donné que ça fait déjà 8 ans que ça a été adapté...Après 5 ans, il y a possibilité de faire une autre demande. (17)

Toujours au plan organisationnel, il semble que le syndicat ne soit pas *a priori* une dimension signifiante au plan de la pratique. Les effets de la syndicalisation au niveau de l'organisation du travail ont néanmoins permis d'alléger quelque peu la charge de travail par une certaine souplesse des conditions de travail à la source d'une relative autonomie nécessaire pour répondre à la complexité des demandes. Il y a cependant clairement tension entre cette nécessaire souplesse et le désir de contrôler la productivité des intervenantes. Le nombre de dossiers devient l'étalon de cette productivité, mais un étalon discutabile et discuté du fait même de la complexité variable des dossiers. Un dossier peu mobiliser une intervenante pour

une période de temps ou pour une mobilisation psychologique équivalente aux trois dossiers d'une collègue.

Pour les travailleuses sociales, l'organisation est plus qu'un simple lieu de travail qui s'imposerait du dehors à la mythique autonomie professionnelle. Même si les règles définissant les programmes et les politiques de régies internes sont considérées comme des contraintes, elles ont aussi le statut de ressources que les intervenantes peuvent mobiliser. Parfois, l'usage stratégique de ces règles administratives permet d'engager l'organisation tout entière, parfois à l'encontre de facteurs d'inertie comme la rareté des ressources budgétaires. Elles habilitent donc autant qu'elles contraignent la pratique.

La position de l'intervenante dans la **division du travail sur le social** est fréquemment évoquée. Chaque institution distribue ses possibles et ses mandats et demande à chaque intervenante d'en respecter les limites.

*À l'école ils ont eu les premières notions. (2)

Au plan professionnel existe une double logique de division du *travail sur le social*. D'une part, des professions fortes ont réussi à obtenir la protection sociale de leur champ de pratique (Office des professions du Québec, 1976), pensons notamment aux professions médicales. D'autre part, certaines professions n'ont pu préserver ou acquérir un monopole de pratique sur un champ circonscrit et stabilisé, pensons au travail social. Nous pensons que ces positions faibles dans le champ des professions deviennent les lieux privilégiés de l'interdisciplinarité. Ce qui est propre aux infirmières, c'est leur situation en porte-à-faux sur ces deux logiques distinctes. En effet, elles jouissent d'un champ de pratique protégé tout en revendiquant, et à bon droit, la reconnaissance de la part relationnelle de leur travail dans le champ psychosocial. Cette position, à la fois riche de potentiels et source d'inconforts, les situe comme interlocutrices privilégiées du débat politico-technique sur l'interdisciplinarité. Quant aux travailleuses sociales, leur appartenance à l'un des champs professionnels les plus ouverts et incertains qui soit constitue-t-il un actif ou un passif pour leur positionnement dans le champ de l'interdisciplinarité ? Et l'incertitude du social n'est-elle qu'un handicap pour les travailleuses sociales ou comporte-t-elle ses potentialités ? Les infirmières, de par leur situation au croisement des deux logiques sociales de division du travail sont-elles mieux

placées pour devenir les pivots de l'interdisciplinarité pratique ? La conclusion générale de cette thèse permettra d'esquisser des réponses à de tels questionnements.

S'ajoutent à cette division professionnelle du travail un aiguillage socio-légal (ex.: Protection de la jeunesse) et un aiguillage psychomédical (ex. : psychiatrie). Le psychosocial apparaît alors comme la négativité des deux autres en s'insérant dans les trous de leur action. Ici, la citation réfère à un travailleur social qui doit décider si l'adolescent qu'il suit doit être orienté vers un Centre jeunesse, en pédopsychiatrie ou sinon chercher à établir une relation thérapeutique en C.L.S.C. Dans les faits, les deux ressources lourdes sont inaccessibles compte tenu de leurs listes d'attente.

*Il y a un an [d'attente]. Que ça retarde d'une semaine ou deux, on est pas à une semaine ou deux près. Je vais comme cheminer ce que j'ai à cheminer avec. Je verrai ce qu'il en est après. (11)

Le **système professionnel** dans sa composante juridique constitue un horizon plutôt lointain de la pratique. Pour les infirmières, cependant, le rapport qu'elles entretiennent avec les médecins le rend plus concret. Au plan de l'intervention, le système professionnel apparaît comme peu agissant, bien que nous ayons observé le grand dynamisme des infirmières au plan de la promotion professionnelle. Contrairement aux travailleuses sociales, l'adhésion de fait et de cœur à leur Ordre professionnel est évidente et ne fait pas l'objet de débats identitaires comme chez les travailleuses sociales. Pour celles-ci, non seulement l'adhésion à l'ordre professionnel n'est pas obligatoire pour accéder à la pratique, l'Ordre professionnel ne protégeant que le titre de la profession, mais l'adhésion même à l'Ordre pose des problèmes identitaires à plusieurs d'entre elles qui refusent d'adhérer au modèle professionnaliste défendu par l'Ordre.

*Je sais pas, une petite infection, peut-être du liquide derrière le tympan, en tout cas, je pose pas de diagnostic. (9)

Il faut en outre souligner une contradiction agissante dans le champ professionnel. Le système professionnel tend à surdéterminer la division organisationnelle du travail qui, au niveau de l'intervention, tend à l'assouplir en certains secteurs en invitant les unes et les autres à l'interdisciplinarité, à la souplesse de la division du travail et du *travail sur le social* (pensons à l'expansion du modèle de *case management*). Néanmoins, en pratique, demeurent des limites disciplinaires formelles.

*Étant donné que je suis pas une psychologue... (10)

Là où le système professionnel semble avoir sa plus grande influence, c'est par sa participation à cette préoccupation fort prégnante de la protection professionnelle. Il s'agira de monter une preuve, de s'assurer de la conformité des écrits d'archivage aux principes de la protection professionnelle, etc.

Le système d'**archivage** est relativement présent lors de l'intervention. Pour les infirmières, il permet de démontrer que les protocoles ont été suivis et d'en perpétuer la suite. Ce système ne se pose pas véritablement comme outil d'interdisciplinarité, autrement que par la mémoire qu'il crée et qu'il met à la disposition de toutes, et par le travail de stabilisation et de présentation publique du récit-client qu'il engage à réaliser. En fait, l'interdisciplinarité semble préférer la vague et protectrice pénombre des dialogues de corridors à l'objectivante lumière de l'espace public qu'est le dossier du client. De toute évidence, l'archivage est une contrainte à la pratique, notamment quant à l'aspect de la compilation des statistiques. Plus spécifiquement à ce propos, bien que le lexique du système informatisé soit celui de l'intervention, chacun y trouve à redire, soit que le système est trop vague, soit qu'il est trop précis. Mais par-delà ces plaintes et complaints, c'est surtout que le monde de l'archivage est perçu comme extérieur à la *vérité* de la pratique, soit la relation. Par exemple, le dossier dissocie un couple de clients que l'intervention vise à réunir. Bref, la compilation des statistiques est surtout affaire de conformité aux exigences de l'employeur, et les notes au dossier affaire publique de l'intervention. La première apparaît superflue et insignifiante, les secondes exigeantes puisqu'elles impliquent une rédaction stratégique qui n'est pas immédiatement utile à l'intervention.

Sans doute que l'aspect le plus signifiant du système d'archivage pour les intervenantes est celui qui engage la règle de confidentialité. Chacune y adhère de façon formelle et sincère, bien que la confidentialité soit estimée, et ce par-delà les pétitions de principes que chacune prononce, d'abord comme une condition praxéologique de la relation plutôt que comme une condition légale, organisationnelle ou professionnelle de la pratique. L'observation appuie notre analyse des discours sur ce point. Il y a en pratique une règle de confidentialité à géométrie variable. À l'égard d'un client, d'un tiers, d'une organisation tierce, la règle sera

des plus strictes. Au plan interprofessionnel, une stricte règle de confidentialité ne fait cependant pas de sens, surtout si l'on considère comme pertinent le statut que nous accordons à la production de récits-client pour réaliser l'intervention et l'interdisciplinarité pratique. De tels récits sont impensables et insignifiants si on en extrait les principaux caractères des personnages, dont celui de sa nomination. Néanmoins, nous pensons que cette relative transgression de la règle de confidentialité a des fondements praxéologiques solides et qu'elle pose son propre cahier de charges pratiques, auquel chacune adhère. Par exemple, toute information impertinente à la production du récit ne sera pas présentée à une collègue trop vaguement impliquée dans l'affaire.

La topologie de la confidentialité traduit quelque peu cet état de fait. En salle d'attente et dans les corridors principaux accessibles aux clients, la confidentialité est la plus totale. Au module de première ligne, où l'accès aux locaux ne fait pas l'objet d'un contrôle, les discussions de corridors ne se réalisent pas au grand jour, tout au plus dans les cadres de porte, à voix basses, avec porte close pour les cas délicats. Pour les autres services, où l'accès est plus contrôlé, le ton est un peu plus élevé, la discussion plus ouverte. En outre de cette traduction spatiale de la différence des rapports à la confidentialité, il y a clairement un clivage socioprofessionnel à ce propos. Cadres de proximité et prestataires de services échangent allègrement et nominalement sur les dossiers. Ces échanges impliquent autant l'auxiliaire familiale que le médecin. Tout le personnel de support logistique et les cadres administratifs sont par contre exclus de ces échanges pouvant impliquer des questions de confidentialité.

Les systèmes **techniques, des méthodes aux outils**, sont relativement présents dans l'intervention des infirmières. Il faut cependant noter la grande disparité des référents techniques selon la tâche à accomplir. Nous pensons néanmoins que les infirmières ont un rapport privilégié à la technique. L'intervention en nursing se compose notamment d'une activité de recherche de l'adéquation des techniques aux problèmes. Les infirmières, même les plus sociales, recherchent des outils qu'elles pourront utiliser de façon technique.

*J'ai eu la technique d'entrevue. (7)

Pour les travailleuses sociales, ces techniques sont substituées par des considérations théoriques qu'elles composeront dans un éclectisme méthodologique revendiqué haut et fort.

Les règles administratives et les divers formulaires font pour elles, dans une certaine mesure, office de techniques. Par exemple, remplir l'outil multicientèle, qui sert à évaluer la perte d'autonomie d'un client, permet de mettre en forme l'intervention de façon complexe, l'outil étant à la fois le prolongement de l'action de l'État et le prolongement du geste de la travailleuse sociale l'utilisant.

Nous voulons considérer ici les **mandats sociaux** sous l'angle des systèmes, en l'occurrence des systèmes normatifs auxquels sont associés des programmes, des institutions, des opérateurs, etc. Ils peuvent avoir, entre autres, une origine juridique ou sociosanitaire. Il peut s'agir d'une finalité de la prévention...

*Je voudrais aller plus loin en prévention. (2)

en santé publique...

*En passant je dis «Regardes ton petit bébé dort !» ...puis je jette un petit coup d'œil...rapide. Je vois qu'elle dort, mais qu'elle est couchée sur le ventre...C'est sûr que là j'ai à intervenir parce que...maintenant ce qu'on dit, c'est bébé sur le dos. À cause de la mort subite du nourrisson...Et sa maman fume...Donc c'est un autre des signes...de la mort subite du nourrisson. (5)

ou de dépistage, et ce tant au niveau biologique que social, et pour tout type de clientèle.

*Je voulais voir, au niveau de l'attachement. (5)

Ces mandats ne sont pas que problématiques ; ils réalisent des projets de société fondés sur une définition sociale et politique de l'intérêt général.

*Monsieur pouvait rester dans sa maison, que... «C'était pas l'intérêt du gouv...notre intérêt que Monsieur soit...hébergé, parce que dans le fond ça coûte bien trop cher...de payer quelqu'un pour rester avec lui.» (17)

Le **psychologique** est parfois conçue comme un système. Il peut s'agir d'une évaluation psychologique, en termes professionnels, ou d'un système symptomatique, dont les codex taxonomiques en sont l'archétype. De façon plus exceptionnelle, il peut s'agir également d'une structure interne au client. Cette dernière acception est surtout le fait de travailleuses sociales de première ligne.

Nous avons traité dans la partie précédente présentant les invariants praxéologiques de l'acte de catégoriser. Comme acte, il s'agit certes d'un invariant praxéologique, mais qui se réfère à

de grandes **catégories sociales** que nous considérons sous l'angle des systèmes. Il peut s'agir de catégories sociodémographiques comme «les jeunes» ou «les mères monoparentales», de problèmes sociaux, de taxonomies psychologiques et médicales (étiologie), voire de savoirs populaires, ou d'enjeux sociaux caractérisant la société comme entité problématique.

*C'est sûr que c'est de plus en plus difficile avec les années, de foyers éclatés... (2)

*Je les aide à comprendre que la société c'est ce qu'elle essaye de faire, qu'on reste enfant. C'est bien plus rentable qu'on soient des enfants qu'on soient des adultes, si on seraient des adultes il y a bien des affaires que peut-être on achèteraient pas. (2)

Les travailleuses sociales sont sensibles aux processus d'étiquetage social et relativisent lesdites catégories, même si une part importante de leur tâche consiste précisément à évaluer, à classer, à caractériser, bref à produire des étiquettes. En fait, le relativisme de la profession a ici une résurgence significative.

La **science** comme institution et ses savoirs scientifiques comme tels sont transférés et agissants dans l'intervention tant au niveau méthodologique (par exemple la méthode expérimentale et sa nécessité d'obtenir une preuve), au niveau symbolique (pensons aux analogies statistiques) qu'au niveau des systèmes thématiques et disciplinaires de savoirs. Pour ce dernier point, de grandes disciplines mères sont interpellées : la psychologie, les sciences sociales⁷⁴ et médicales, comme corps pratiques et théoriques de connaissances, ainsi que l'épidémiologie. L'usage de ces savoirs apparaît cependant comme relativement périphérique à l'intervention et n'apparaît pas au premier plan comme scientifique. Ces savoirs peuvent être évoqués pour renforcer symboliquement une preuve, mais ils ont surtout une fonction classificatoire, tant au niveau d'une étiologie que d'une épidémiologie spontanées. Pour les travailleuses sociales, les courants théoriques sont parfois évoqués, mais d'une façon assez peu spécifique, comme autant de repères dans l'incertitude du social.

Les systèmes **axiologiques** sont également investis dans la pratique. Il s'agit, par exemple, de connaître et d'utiliser les valeurs des jeunes dans l'intervention auprès d'eux. Ce qui les intéresse trace alors les contours des possibles de l'intervention. À ces vastes systèmes

⁷⁴ Il peut surprendre de considérer le générique *sciences sociales* comme discipline mère. C'est que la sociologie, la linguistique ou l'anthropologie ne font pas l'objet de références explicites. Néanmoins, les savoirs que ces disciplines produisent sont amalgamés en pratique et constituent un corpus de savoirs dans lequel puisent les disciplines professionnelles comme le travail social et le nursing.

axiologiques correspondent les microsystèmes axiologiques des clients que les intervenantes doivent apprendre à décoder et à utiliser.

*C'est rare ! J'en ai jamais de questionnements sur les effets secondaires. À 90%, quand j'ai une question c'est «C'est tu vrai que je vais engraisser ?» (2)

L'*ethos* professionnel apparaît comme un important système axiologique de référence. Nous pensons même que ce système a une place plus grande que la science comme telle dans les représentations de l'intervention.

*On a adhéré au modèle McGill. (2)

*J'ai une approche...humaniste. (4)

*On travaille avec le modèle McGill ici...Notre intervention, c'est qu'il faut que je montre aux gens...C'est leurs problèmes à eux...Je suis là comme aidant...comme personne ressource pour montrer...les apprentissages. (7)

*J'ai déjà eu Virginia Henderson au niveau des besoins. C'est sûr qu'on travaille plus avec McGill, mais ça c'est resté comme élément de base. (8)

Nous avons souligné comment les **protocoles**, au plan praxéologique, induisent des pratiques pour les infirmières. Ces protocoles s'inscrivent et participent de systèmes de mise en forme de l'action au niveau pharmacologique, au niveau des procédures standardisées de traitement, ou de techniques de dépistage par des questionnaires et grilles d'observation standardisés.

*Le questionnaire, je suis rendue que je le sais par cœur. (2)

*Elle a 4 petites dents, on va regarder les prochaines dents qui vont sortir dans le «Mieux vivre». Quand j'ai sorti le «Mieux vivre», elle dit «Ça c'est ma bible !» Elle dit : «Je l'aime assez !» (4)

Les protocoles sont également administratifs et engagent des procédures interétablissements ou interservices au sein d'une même organisation.

*S'il y a lieu, on réfère des enfants aux médecins...Et les médecins, eux, à leur tour, vont référer des fois à des spécialistes, et des spécialistes vont référer en audiologie...C'est un peu ça que l'audiologiste, nous a...exprimé, et puis c'est ça qu'on met en application. (9)

Afin de réaliser une certaine standardisation des procédures, lexiques et outils font l'objet d'une certaine harmonisation, ce qui contribue à l'élaboration d'une langue commune à la communauté technique.

Enfin, l'intervention s'inscrit et considère les divers **environnements** dans lesquels la situation problématique se déploie. Le point focal de ces environnements est d'abord le client lui-même. Dans quel milieu vit-il ? Sous quelles conditions ? Quelle est l'étendue de son réseau social ? La lecture de l'environnement tient compte également du rapport que le client entretient avec les services sociaux. La culture, les rumeurs publiques (par exemple la crainte de la bactérie E. Coli) et les modes sont introduites à l'analyse de la situation.

6.2.3 Le monde de la praxis

Signalons au départ que cette troisième dimension de l'intervention est, et de loin, celle dont il est le moins fréquemment question dans les discours. Cela est d'autant plus étonnant que les courants récents d'analyse des pratiques professionnelles, pensons à Schön (1996), posent l'intentionnalité et la réflexivité existentielle comme constitutives de l'intervention. Nous avons soutenu au chapitre portant sur la théorie du social que la réduction des processus de réflexivité à l'intention du sujet constitue un appauvrissement de la complexité des phénomènes à l'œuvre. Rappelons que «l'intention» est autant produite que productive et que c'est précisément ce double mouvement qu'il importe d'analyser, sans sacrifier à l'un ou l'autre des deux pôles. Demeure néanmoins le constat que la part explicitement intentionnelle dans les discours est plus réduite que celle que nous attendions. Cela découle en partie de deux effets de la conceptualisation même de notre projet de recherche. D'abord, la méthode d'entretien visait l'explicitation du *faire*, du procédural. Les relances en cours d'entretien cherchaient précisément à obtenir une description de ce procédural. Aux «pourquoi» si fréquents dans les entretiens de recherches collaboratives, nous avons préféré les «comment» qui en appellent à une description du procédural. C'est que, pour nous, un entretien fondé sur le *pourquoi* appelle le locuteur à théoriser sa parole plutôt qu'à énoncer sa pratique. Cette théorisation est certainement utile, mais commande l'élaboration d'un objet de recherche et d'une méthodologie correspondante autres que ceux exposés dans le cadre de cette thèse. Or, notre objet de recherche n'est pas les représentations sociales de l'intervention, ni une analyse de discours associant les énoncés de nos locutrices à des discours sociaux. Notre objet est la pratique d'intervention, reconstruite à partir de discours descriptifs du *faire*.

Le second effet provient du regard analytique porté sur les énoncés. Nombre d'énoncés que nous estimons traduire un invariant praxéologique peuvent être lus comme des actions

intentionnées. Nous répétons cependant la forte teneur d'évidence qui caractérise les discours recueillis. Mais le lecteur ou la lectrice critique pourra rétorquer que ce qui est évident dans ces discours, c'est justement l'intention. Certes, cette lecture est possible et légitime. Il importe alors de revenir à notre théorie du social et au concept discriminant d'*invariant praxéologique*. Les termes mêmes du concept, *a priori* antinomiques, traduisent la théorie du social évoquée précédemment. L'intention est ainsi au cœur du concept d'*invariant praxéologique*, mais en ce sens précis qu'elle est à la fois productrice et produite de l'action. Elle n'est ni productrice *in abstracto*, véritable créationisme social, ni produite *sine vitam*, si l'on nous prête l'expression, véritable théoricisme idéaliste.

Nous avons donc relevé ici les énoncés signifiant un point de vue propre au sujet et qui n'implique pas la régularité de l'action qu'elle engage. Nous convenons que ce découpage entre *praxis* et praxéologie est objet de débat. Mais c'est précisément là que se joue la thèse que nous soutenons ici. En dissociant les invariants praxéologiques de l'insondable *praxis*, nous pouvons concevoir leur articulation, implicite même dans la proximité étymologique des concepts⁷⁵. Demeure que le poids relatif de la *praxis* dans les discours sur l'intervention recueillis demeure étonnamment léger. Autre difficulté, si nous avons relevé un grand nombre d'énoncés signifiant une intention, il fut difficile d'en démontrer la prégnance, chaque énoncé apparaissant comme assez peu soutenu par l'ensemble des discours à titre de *praxis*. Nous avons néanmoins reconstruit quelques rubriques, que voici.

Pour les infirmières, existe un fort **désir de soigner et de prévenir**, ce qui implique de croire en la guérison et à la prévention, éventuellement par-delà le désir même du client.

*On dirait que je veux plus que lui. (1)

*Quand tu vois quelqu'un que tu vas amener à la guérison, c'est bien motivant pour nous autres. (1)

*L'attente des jeunes, elle est ici maintenant...Je voudrais aller plus loin en prévention. (2)

Le **travail sur l'engagement** du client devient alors *praxis*, véritable réalisation du *soi professionnel*, et la perte de foi en le client peut devenir une véritable *antipraxis*, source de

⁷⁵ Il va sans dire que notre propos n'est pas de nous attaquer ici au chantier colossal du développement d'une théorie de l'action. Quoiqu'en disent certains, nous ne pensons pas que l'extraordinaire fécondité de la pensée postmoderne clôt le débat à ce propos, très loin s'en faut. Penser une théorie de l'action demeure sans doute le plus grand chantier des sciences sociales.

souffrance au travail. Une infirmière raconte à quel point le refus d'un client de se soigner provoque en elle de la frustration.

*J'ai un peu de misère avec ces tempéraments-là. (1)

En fait, les infirmières expriment un fort **désir d'agir** et de **faire tout ce qu'il faut, comme il le faut**, pour atteindre les objectifs de l'intervention.

*Quand ils reviennent trois puis quatre fois pour une pilule du lendemain...ça me choque, parce que je me dis il y a quelque chose à faire. (2)

Ces désirs infirmiers permettent d'**aller au-delà du traitement comme réalisation du soi professionnel**. Il faut aller au **maximum des possibles** ou, encore mieux, **élargir les possibles** de l'intervention. Ce fort désir exprime probablement un rapport épistémologique au monde où le vrai et le faux s'opposent terme à terme.

*Je suis contente qu'il soit capable de me le partager...il a été capable de me le dire. Pour moi, ...ça a de l'importance, dans la relation d'aide...S'il y avait quelque chose...le fait qu'il ait confiance, bien ça va être plus facile...Il va venir me voir, on va être capable de l'aider. Pour moi ça l'a beaucoup d'importance.(3)

*Je faisais pas ça avant...Je me le permets de parler de même. (6)

Les infirmières évaluent fréquemment leur travail en regard de la satisfaction de leur désir de soigner et de la qualité de l'engagement du client à l'égard du plan d'intervention qu'elles proposent. Elles seront contentes ou frustrées selon que leur plan d'intervention se réalise ou non.

*Je suis contente de moi, parce que il...a été un temps que j'avais envi de laisser tomber...Dans son cas...C'est décourageant...je vais la traiter cette plaie ...combien de temps? ...Je vois pas de changement. (1)

Pour les travailleuses sociales, la dialectique contentement/frustration est beaucoup moins présente, comme si le relativisme de la profession changeait les critères de l'évaluation du travail. La difficulté relationnelle devient alors défi professionnel ou facteur diagnostique à réintroduire dans l'analyse de la situation.

Pour les deux groupes professionnels, la qualité de la relation en tant que telle permet d'évaluer positivement l'évolution du problème au plan existentiel. Ils se retrouvent donc

autour d'une *praxis* professionnelle fondamentalement existentielle et humaniste où ce qui importe est moins les contenus que le processus de développement humain.

*Disons que moi j'ai une approche...humaniste. (4)

*L'humain, c'est tout. (6)

Le désir d'être signifiant et empathique au plan existentiel devient alors central au plan pratique.

*C'est quelque chose que j'ai toujours tenté de faire, un rapprochement. (2)

*On est allé loin, je ne m'attendais pas à ça. (6)

Le travail dans les métiers relationnels permet parfois, de façon incidente, la **croissance personnelle** de l'intervenante, notamment parce qu'il fut possible d'avoir été important dans la vie d'un client au plan existentiel.

*On a tous quelque chose à apprendre. (6)

*Si ça se représente...je serai là...si c'est mis sur mon chemin pour ça, bien ce sera mis sur...mon chemin...C'est des cadeaux qu'on reçoit quand...quelqu'un...ouvre une porte qui est bien fermée. (6)

Le fait de participer d'une commune humanité, notamment **en aidant l'autre à se dépasser**, permet la réalisation du soi professionnel.

*Personne avait réussi à établir un contact avec elle. (6)

Néanmoins, il ne s'agit pas de se faire envahir par les problèmes des autres. L'expérience aidant, une saine distance sera prise entre ses désirs professionnels et les impératifs de l'action.

Au plan social, les membres des deux groupes affirment de nombreuses façons **leur adhésion aux mandats sociaux**. Ceux-ci, sauf très rares exceptions, ne sont pas considérés comme illégitimes ou impertinents. En fait, malgré d'inépuisables plaintes et complaints que les intervenantes formulent sur la façon de rencontrer lesdits mandats, toutes adhèrent de cœur et d'esprit aux fondements de ces conditions déterminantes de l'intervention. Cette adhésion est-elle nécessaire, voire condition du travail dans les métiers relationnels ? Ne pas y adhérer, c'est certes se mettre en état de souffrance professionnelle, mais aussi en situation d'expulsion du champ. Mais plus fondamentalement, l'adhésion à ces mandats s'inscrit pour nous dans les dynamiques de réflexivité complexe présentées en début de thèse. Adhérer à ces mandats,

c'est adhérer aux possibles et aux nécessités de son action qui se transmutent en divers capitaux. Bourdieu écrit ceci à ce propos :

L'effet propre du goût de nécessité, qui ne cesse d'agir, mais de manière masquée - du fait que son action se confond avec celle de la nécessité-, ne se voit jamais aussi bien que dans le cas où, agissant en quelque sorte à contre-temps, il survit à la disparition des conditions dont il est le produit. (1979 : 435)

Nombre de ces mandats sociaux sont, somme toute, assez peu présents dans la quotidienneté du travail. Mais leur *effet propre* demeure présent à l'intervention en agissant comme désir professionnel. Ici, réapparaît avec vigueur l'enracinement disciplinaire qui plonge ses racines dans l'*ethos* professionnel, que la réalité de la tâche tentait d'atténuer.

Les intervenantes, en général, accordent une certaine **valeur à leur intuition**. Elle permet de réfléchir à la complexité de la situation sans s'encombrer des exigences de mise en preuve, par exemple. Pour nous, les intervenantes signifient par l'usage d'intuitions l'expérience même, conçue ici comme la composition d'ethnométhodes, de savoirs pratiques, de catégories spontanées et d'*habitus*.

*Mais je le sens comme je te l'ai dit...C'est ma perception... (6)

*C'est rare que je vais écrire mes notes d'évolution tout de suite...J'ai comme besoin de les digérer ...Je suis resté comme avec des feelings. (11)

*Ces impressions là, je les note...après ça je les médite...Je suis resté comme avec des impressions que je me dit pourquoi que je pense ça ? (11)

La perspective d'une **plainte** ou d'un **conflit** est fortement négative pour certaines infirmières, véritables menaces que l'objectivité de certaines dimensions de leur pratique rend d'autant plus menaçantes. Le geste s'objective, se mesure, s'évalue, se condamne donc. Dans l'incertitude du social et l'évanescence de la parole, les travailleuses sociales travaillent moins immédiatement sous cette menace. Demeure néanmoins pour les deux groupes professionnels, cette crainte de l'erreur potentiellement dramatique dans la vie réelle des clients, et tout ce qu'elle peut engager, de la poursuite civile, à la plainte en déontologie, en passant par une dénonciation dans l'hebdomadaire local.

La **critique des clients, des pairs, des collègues** peut ainsi invalider la *praxis*. Devant l'adversité, il importe de conserver une certaine maîtrise de soi, de ne pas démontrer sa déception, afin de conserver une certaine distance émotive à tous égards. En telle situation,

l'intervention se réduit alors à l'application d'une technique, ce qui apparaît comme une réduction décevante de la pratique en nursing, notamment.

L'autorité médicale est parfois vécue comme une **non reconnaissance des savoirs d'expérience** des infirmières. À la périphérie du mandat médical, la *praxis* se réduit à espérer que les possibles qui s'ouvrent par la réalisation de la délégation d'actes permettent d'accomplir l'intervention telle que le jugement et la compétence professionnelle des infirmières les conçoivent. À défaut de quoi l'intervention peut devenir lourde de souffrance professionnelle ou simplement l'objet d'un désinvestissement praxique par le replis sur la technique et l'application stricte des protocoles.

Pour les travailleuses sociales, le désir de guérison trouve son équivalent notamment dans le désir d'atteindre des objectifs de croissance personnelle, qui se formule notamment par le désir *d'aider*.

*Je trouve ça valorisant...autant que la paie. (15)

Il est intéressant de rappeler ici que le terme *intervention* s'est entre autres substitué aux divers idiomes de l'aide. Les rares usages dont ce terme fait encore l'objet ont pour fonction de dire précisément la dimension praxique de la pratique. Ce transfert linguistique indique-t-il une dépraxisation de l'action professionnelle en travail social, soit un véritable replis de cette part de l'action professionnelle à sa dimension subjective, voire intime ? Même si nous ne pensons pas que Nélisse aurait partagé une vision par trop subjectiviste de la pratique professionnelle antérieure à la montée des usages d'*intervention*, nous pensons que la piste théorique qu'il explorait quant à l'expression de la protocolarisation de l'action professionnelle par les usages d'*intervention* peut se comprendre en effet comme une dépraxisation du travail dans les métiers relationnels. Il importe de souligner ici qu'à chaque époque l'action professionnelle, qu'elle soit aide ou intervention, soin ou intervention, indique une mise en forme d'une modalité sociale de gestion des affaires sociales. Or, la technicisation au plan professionnel et la technocratisation⁷⁶ au plan organisationnel et programmatique du système sociosanitaire québécois (Lesemann, 1981) suivent une même

trame historique que celle de la montée de l'intervention, bien que cette trame n'épuise pas à elle seule la complexité de l'objet

Si les infirmières souhaitent dépasser le traitement, les travailleuses sociales souhaitent dépasser l'inertie de la tâche. Par exemple, au soutien à domicile, d'importants efforts sont déployés pour dépasser la simple évaluation en vue de compléter l'outil multicientèle, par exemple, outil qui enclenche certains processus programmatiques. Ce dépassement a certes un caractère praxéologique, en ce sens qu'il permet l'engagement, de produire un récit-client, etc. Mais il permet aussi de dépasser, au plan praxique, les limites d'une tâche qui pourrait se réduire à celle d'un fonctionnaire de la complexité. L'*ethos* professionnel des travailleuses sociales est d'ailleurs marqué du désir de changement social. Pour certaines, ce projet s'incarne par un engagement socio-politique, un militantisme plus ou moins intense comme voie de dépassement praxique des limites de la tâche. Il peut s'agir, par exemple, de s'impliquer au syndicat ou de participer au débat sur l'antipsychiatrie.

*Ça c'est dans mes cordes...Je suis bien fatiguante avec ça. Je suis critique par rapport à la médication. (14)

Ce désir de changement s'incarne plus largement en travail social par la volonté, certes souvent vague, **d'agir sur les causes** des problèmes sociaux. Ce désir est sans doute inassouvi en grande partie, voire inaccessible dans un contexte de travail si fortement structuré. Cependant, nombre de petites actions émancipatrices sont réalisées, dans la mesure des contraintes qu'imposent la relation clinique comme telle et les mandats sociaux.

Enfin, de façon somme toute périphérique à l'ensemble des discours, nous avons relevé à quelques reprises une vision moraliste de l'intervention, où **le bon et le mauvais** s'affrontent dans un combat où l'intervenante peut servir d'arbitre. Dans cette perspective, le monde est une menace pour un humain fondamentalement bon quoique aliéné par la société, fondamentalement méchante. L'intervenant cherche alors à faire nommer le mal.

*Je les aide à comprendre que la société c'est ce qu'elle essaye de faire, qu'on reste enfant. C'est bien plus rentable qu'on soient des enfants. (12)

⁷⁶ Nous savons qu'il est de bon aloi de connoter négativement ce terme. Tel n'est cependant pas notre intention ici. Le phénomène de la technocratisation participe d'un mouvement épistémique large et complexe qui mérite une certaine dédramatisation pour mieux le comprendre.

Comme nous l'avons dit, cette vision moraliste est périphérique à l'ensemble des discours, qui sont souvent mieux ancrés sur une perspective relativiste où le bien et le mal son loin d'être univoque. Mais derrière ce point de vue quasi singulier s'en trouve un plus important en travail social, à savoir que, un peu à la façon du vieux *thêmata* (Berthelot, 1990) de la sociologie opposant la société menaçante et la communauté confortante (Tonnies, 1977), les travailleuses sociales sont méfiantes à l'égard de l'État. Cela peut sembler étonnant dans la mesure où elles portent assez volontairement nombre de mandats sociétaux. Et que sans État, point de travail social, ou peu s'en faut. C'est comme si la *praxis* se voulait communautarienne et humaniste alors que dans les faits l'action se doit de composer avec des mandats sociétaux déterminants qui l'engage dans une voie tacite, voire honteuse, celle des diverses modalités de contrôle social.

Le *bon* et le *mauvais* pour les infirmières n'est pas affaire morale. Il serait plus juste de remplacer ces catégories par les catégories du *vrai* et du *faux*. À l'objectivité médicale correspond des interventions dont l'inconscience, le refus de traitement et la non compliance du client sont la négativité. Le *vrai*, c'est le traitement, le *faux*, c'est l'attitude d'un client qui refuse la vérité de l'intervention.

6.3 Conclusion

Cette section sur les invariants praxéologiques, le monde des systèmes et le monde praxique comporte une limite qu'il importe d'élucider. La mise en forme de cette section provoque un effet narratif indésirable. Nous réitérerons notre volonté de saisir la complexité des pratiques dans leur mouvement, ce que la forme rédactionnelle ne peut rendre compte à peu de frais. Nous avons songé à mettre en annexe les données à plat, laissant au lecteur ou à la lectrice le soin d'en faire son parti. Après réflexion, nous pensons qu'une telle posture, restitutive, pour reprendre la catégorie de Demazière et Dubar (1997), ne fait qu'esquiver la véritable question, soit la responsabilité inhérente au chercheur de produire le discours scientifique, en explicitant autant que faire se peut son *cahier de charges*. Il s'agit alors moins de déplorer l'effet de narration que de le rendre explicite à soi, et au lectorat.

Pour ce faire, il importe ici de rappeler notre projet théorique. Notre propos ne fut pas de mettre en ordre les diverses composantes de ce qui serait l'objet *intervention*. Un tel travail

ouvrirait à la formulation d'une taxonomie ou d'une typologie de l'intervention ne constituant pas notre projet théorique. Il faut souligner à grands traits le caractère inépuisable des entrées possibles pour les trois catégories. De nombreux invariants praxéologiques, par exemple, sont probablement absents des discours recueillis qui, après tout, ne portaient que sur une intervention spécifique. Mais il ne s'agissait pas de tenter ce vain et saugrenu projet de mise en ordre d'une activité intrinsèquement complexe, adaptative, et située, car à la fois psychique et sociale, relationnelle et méthodique, singulière et générale. Notre propos ni notre projet sont d'élucider ces 12, 120 ou 12012 dimensions de l'intervention ; il est plus modeste et cherche à identifier, au plan formel, un outil de lecture, d'analyse et d'auto analyse d'un fait social total, soit l'intervention comme condition de l'interdisciplinarité pratique. À la typologie nous préférons la complexité épistémique de la grammaire qui pose par ses «règles» la nécessité de réfléchir les processus d'institution et les activités d'émancipation au cœur des pratiques qui les réalisent, et qui s'en réalisent. Sommes nous encore dans la formalisation et la réduction scientifique ou plutôt dans une tentative vaine de description de l'incommensurable, telle ce peintre de la mythologie celte qui n'en finit plus de peindre un arbre, en butte à la complexité de la feuille ? Nous soutenons qu'il y a ici réduction méthodique et formalisation en cours d'élaboration, et ce à un point tel que nos locutrices estimeraient la complexité de leur travail trop caricaturée à travers la centaine de pages qui précèdent.

En fait, il nous faut assumer cette effet de narration, car ce n'est pas au lecteur ou à la lectrice à formuler sa propre thèse à partir de données brutes. Bien qu'imparfaite, cette rédaction, par-delà l'effet de narration qu'elle produit, a deux effets nécessaires à la production d'une thèse. D'abord, cela doit produire un effet de présomption (Passeron, 1991) quant à la pertinence de la construction théorique, et un effet heuristique, au cœur de notre devis de théorisation ancrée. Il nous faut maintenant poursuivre notre travail d'élaboration théorique sur la base des informations recueillies et des concepts émergents tout au long de la mise en mots.

Alors, que peut-on tirer, au plan formel, de cet exercice ? Par-delà l'incommensurabilité de la pratique, nous retenons la pertinence du focus praxéologique pour comprendre l'interdisciplinarité, l'intérêt pour la question de la composition pratique de règles d'une grammaire de l'intervention, ce rapport réflexif entre *ethos* professionnel, désir de soigner ou de justice, et mise en forme politique du travail sur le social, et cette navigation à vue dans les

mers du relationnel. Ces principaux éléments constituent les objets spécifiques de cette thèse qui se dessinent peu à peu par l'exercice de présentation des résultats d'analyse. Il est alors possible de faire une lecture sociale de ces objets, où les exigences pratiques du travail sont déterminantes en cela, si l'on reprend l'image de Serre (1968), qu'elles déterminent, elles enlèvent l'illusion que les phénomènes sont *terminés* par et en eux-mêmes.

Ce faisant, notre formulation théorique en élaboration appelle une reconceptualisation des trois axes comme tels, mais surtout quant au statut épistémologique que nous leur accordons. Nous rendrons compte de ce travail au terme de la thèse, après avoir entré plus à fond dans le sens de l'intervention par l'analyse structurale des vingt entretiens de recherche.

CHAPITRE 7 LES SENS ET CONSTRUCTIONS DE L'INTERVENTION

La dernière vague du travail d'analyse des matériaux langagiers dont nous rendons compte ici porte sur les sens de l'intervention élaborés par les locutrices à l'occasion des entretiens d'explicitation. Il s'agit donc d'entrer plus en profondeur dans les constructions de l'intervention par une analyse structurale de chacun des discours recueillis. Ce faisant, nous pouvons reconstruire un univers de sens propre à chacune des interventions, soit le *schéma spécifique*, puis faire apparaître des similitudes, ou des points de ruptures, entre les vingt schémas spécifiques. Au terme de l'exercice, nous proposons quatre *schémas communs* autour desquels s'articulent l'ensemble des interventions. Ces schémas communs permettent de réfléchir les conditions de l'interdisciplinarité pratique en élucidant lesdits points de rupture, les lieux de passage, les articulations possibles, et les schèmes pratiques qu'ils engagent.

Rappelons ici que nous avons suivi de près la méthode développée par Demazière et Dubar (1997) et que, pour ce faire, nous avons classé les énoncés dans trois catégories (actants, séquences, arguments), entendues comme autant de catégories fondamentales du discours. La catégorie *actants* fut moins volumineuse que ce dont nous nous attendions, comme si les rapports réels entre acteurs étaient assujettis aux efforts de catégorisation retraçables d'abondance dans les deux autres catégories. La catégorie *séquences* a permis de recueillir un très grand nombre d'énoncés. Cela découle en partie de la méthode d'entretien focalisant l'énonciation de la locutrice sur un domaine de parole plutôt procédural, ce qui nous indique une certaine efficacité de la méthode d'entretien en regard des objectifs qu'elle poursuivait. En outre, cela découle aussi d'un effet de mise en récit public du récit-client, à l'occasion d'une activité de recherche, sous l'angle du *faire*. Nous pouvions alors nous attendre à un effort incessant de justification de ce *faire*, pourtant complexe, situé, relatif aux acteurs en place. Or, les interventions sont relativement peu argumentées à ce propos, car elles semblent découler d'un travail incessant de catégorisation producteur d'*évidence*, où l'action découle naturellement des catégories retenues. Cela produit une certaine présomption à l'égard de l'impression relevée au chapitre précédent, à savoir que les discours se déroulaient sous une forte tonalité d'évidence. En fait, nous soutenons qu'il y a ici convergence entre le constat effectué au chapitre précédent concernant l'importance des invariants praxéologiques et le

volume de la catégorie *séquences* de cette seconde analyse, et la moins grande présence des catégories *actants* et *praxis* par ailleurs.

Nous présentons donc ici les schémas spécifiques pour chacun des entretiens, regroupés par groupe professionnel. Comme ces schémas portent sur la construction sémantique des entretiens, il appert incontournable de les présenter *a minima* de façon à ce que le lecteur ou la lectrice accède, autant que faire se peut, aux univers de sens en question. Pour ce faire, nous présentons brièvement la locutrice, nous résumons la situation d'intervention, ainsi que les actions qui nous avons estimées en son cœur, puis nous présentons et analysons le schéma que nous avons produit pour chacun des entretiens de recherche. Chaque terme des schémas provient des lexiques des entretiens, sauf certains termes en lettres majuscules que nous avons introduits pour préconceptualiser des dimensions importantes exprimées par l'ensemble de l'entretien. Le sous-titre au bas de chaque schéma est tirée comme tel de l'entretien spécifique et traduit le sens premier de l'intervention.

7.1 Les schèmes spécifiques pour les infirmières

L'interlocutrice no. 1 : infirmière de la clinique externe

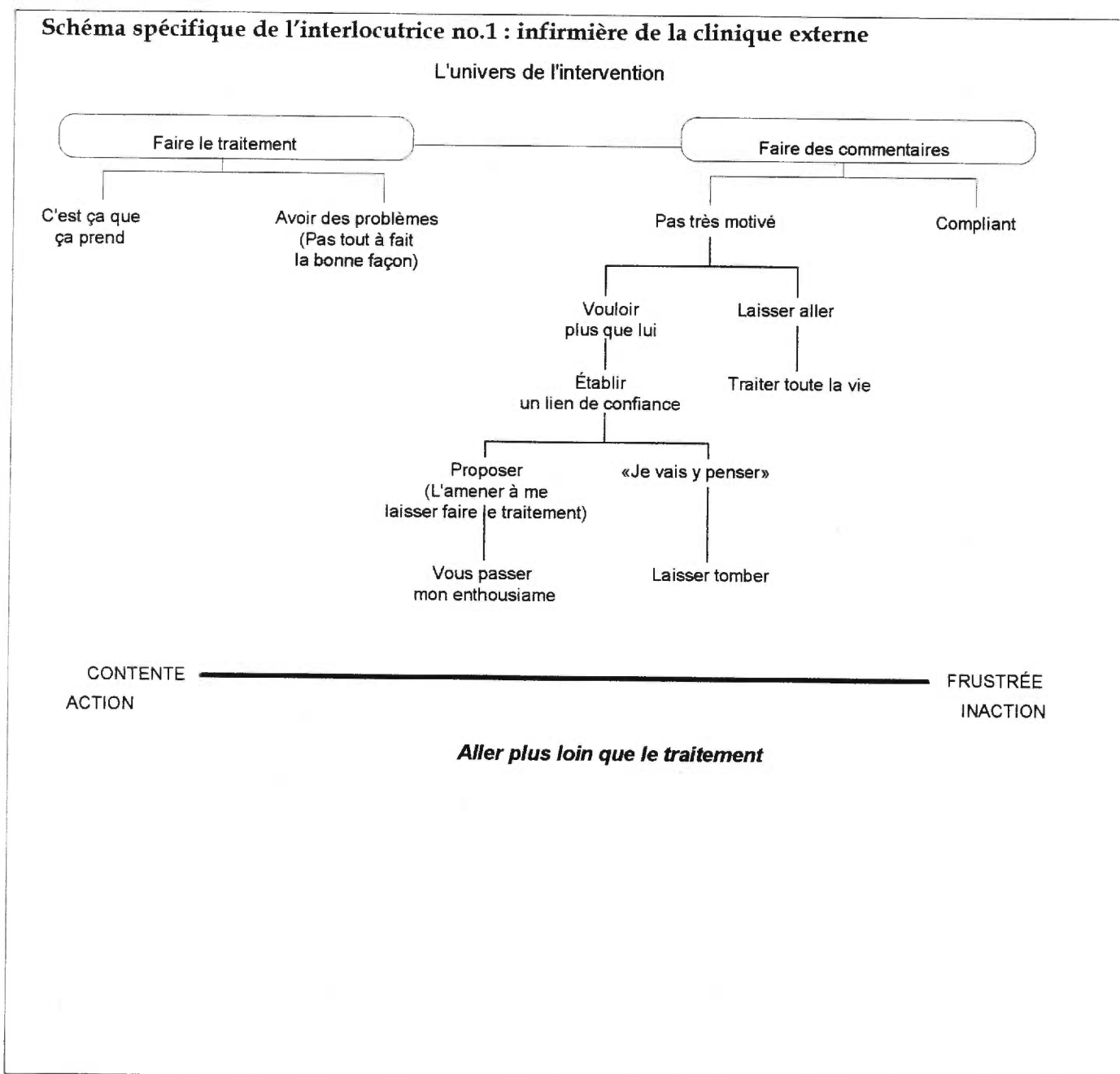
Cette infirmière expérimentée est reconnue pour sa grande maîtrise technique des pansements et des traitements intraveineux. Elle est la principale infirmière travaillant à la clinique externe du C.L.S.C. Il s'agit d'une clinique de nursing, sans possibilité de référence automatique à un médecin à l'interne. Elle exécute surtout des changements de pansements et des traitements intraveineux (chimiothérapie et antibiotiques intraveineux) sur des malades ambulatoires. Elle est arrimée à l'équipe d'infirmières de soins à domicile et son travail s'articule en partie au leur pour les clients qui ont encore ou qui recouvrent une certaine autonomie. Il ne s'agit pas d'une clinique sans rendez-vous.

La situation d'intervention

L'intervention dont elle nous a entretenu concerne un homme âgé souffrant d'une plaie abdominale qui ne veut guérir. Elle le traite depuis plusieurs semaines sans grand succès. En fait, elle estime que Monsieur a une attitude négligeante à l'égard de sa plaie, ce qui entrave la guérison. En outre, Monsieur a des pratiques hygiéniques douteuses qui compliquent son travail. L'infirmière nous présente donc l'entrevue charnière où, après mûre réflexion, elle

propose à Monsieur un contrat moral : si celui-ci accepte de venir tous les jours à la clinique, et de soigner sa plaie à la maison selon les prescriptions méthodologiques qu'elle lui indiquera, elle s'engage à ce que les probabilités de guérison soient nettement plus fortes. Après réflexion, le client accepte le contrat moral, et ce d'autant plus facilement qu'il aimerait partir en vacances dans quelques semaines cette plaie guérie. Outre sa présence quotidienne à la clinique et le suivi à la maison d'un protocole de soins très précis, le contrat nécessite, pour réussir, de changer la pommade que Monsieur applique sur la plaie. L'infirmière estime que cette pommade, prescrite par un médecin, nuit à la guérison. Mais l'infirmière ne sait pas si le Monsieur a eu d'autres prescriptions, dont la prescription de la pommade qu'elle juge nécessaire. Au cas contraire, elle sera contrainte d'appliquer une pommade ne convenant pas, à ses yeux, à la physiologie de la plaie. L'alternative serait de contrevenir à la prescription médicale, au risque cependant d'avoir des problèmes déontologiques, risque qu'elle n'encourra pas. Après vérification, Monsieur a bien la bonne pommade dans son attirail médicamenteux, ce qui clôt le débat.

Figure 8



Le schéma spécifique

L'intervention présentée se structure par une opposition importante entre *faire le traitement*, sans plus, et *faire des commentaires* pour engager un dépassement des inerties en place. Pour réaliser le traitement nécessaire, l'infirmière conçoit l'alternative suivante, l'une des possibilités donnant sans à l'autre : soit réaliser un traitement auquel elle ne croit pas, parce qu'il n'est *pas tout à fait la bonne façon* de guérir la plaie, soit *faire le traitement que ça prend*, éventuellement avec la perspective d'*avoir des problèmes* au niveau déontologique. Elle rejette cette perspective tout en espérant que le produit en question a déjà été prescrit par le médecin. En dernier recours, elle songe à influencer le médecin, s'il s'avérait qu'il n'ait pas la même lecture qu'elle de la plaie en question. Dans tous les cas de figure, cette question technique devrait facilement trouver sa solution.

En effet, l'essentiel de l'intervention spécifique et des autres interventions préalables est bien de s'attaquer au problème premier, soit celui du manque de *motivation* du client. Ainsi, des *commentaires* sont faits de façon à instiller un changement d'attitude. Au fil de ces commentaires apparaît en pratique un sème déterminant pour découper l'aire des possibles de cette intervention. L'infirmière doit-elle *vouloir plus que lui* la guérison ou alors *laisser aller* les choses, puis éventuellement *traiter toute la vie* ? Si *vouloir plus que lui* révèle une position morale noble, en pratique, mais aussi au plan éthique, cette posture n'est pas tenable longtemps. Il faut *établir un lien de confiance*, pour *proposer*, puis *l'amener à me laisser faire le traitement*. Pour ce faire, il faut lui *passer mon enthousiasme*. À défaut d'établir un tel lien de confiance, et à défaut de proposer un contrat moral convainquant, la personne devra assumer son choix, et l'infirmière devra laisser tomber son projet, son désir, de guérir la plaie. Elle poursuivrait alors un traitement auquel elle ne croit pas, par défaut de mobilisation du client.

L'interprétation du schéma spécifique

Tout au long de l'entretien de recherche, la locutrice évalue et énonce sa satisfaction de l'intervention dans son ensemble et dans ses parties. Alternent tout au long de l'entretien quantité de *je suis contente/je suis frustrée*. Elle est principalement frustrée des carences de compliance du client en particulier, du manque de motivation de certains clients en général, des traitements parfois inefficaces, de la non-guérison, et des comportements inadéquats. Elle est satisfaite d'avoir convaincu Monsieur, des changements comportementaux qu'il effectue

et, surtout, de la perspective de guérison. Une *action* vers la guérison est satisfaisante, l'*inaction* vers la guérison est frustrante. Ici, c'est moins un impératif social, une problématique sociale, qu'un *ethos* professionnel, soit le désir de guérir, qui conduit l'action. Nous sommes loin ici du relativisme postmoderne où la formulation du vrai, provenant d'un sujet essentiel, a préséance sur un vrai positif ou transcendantal.

Néanmoins, cet amour professionnel du vrai et ce fort désir de la guérison se heurtent et s'articulent à l'impératif praxéologique du respect des choix du client. Ce respect est éventuellement vécu comme frustrant, voire, en cas extrême, à l'encontre de l'idéal infirmier. La seule façon de sublimer cette frustration, c'est d'*aller plus loin que le traitement* en influençant, en convaincant, en engageant, en passant son enthousiasme au client récalcitrant.

L'interlocutrice no.2 : infirmière de la clinique jeunesse

Infirmière expérimentée, elle a développé sur le tas une expertise auprès des jeunes en matière de prévention des grossesses non désirées, des maladies transmissibles sexuellement, etc. Elle travaille au sein d'une clinique jeunesse sans rendez-vous, ce qui implique un roulement rapide des clientèles et une action ponctuelle à la clinique, inscrite néanmoins dans un processus d'intervention impliquant d'autres professionnels, notamment des médecins. Cette clinique fonctionne avec un bureau en nursing, un bureau en travail social, un bureau médical, le poste de vaccination et des relais nursing dans les écoles secondaires. Nous n'avons pas observé de relations directes entre l'infirmière et la travailleuse sociale, bien qu'il y en ait à n'en point douter. Il semble y avoir une filière travail social et une filière nursing-médecine qui ne se croisent qu'à l'occasion du passage des dossiers les plus lourds, parce qu'impliquant des problématiques sociales. C'est de la filière nursing dont nous traitons ici. Pour cette filière, l'essentiel des très nombreuses interventions (3200 jeunes pour cette seule infirmière en une année) porte sur la contraception, les maladies transmissibles sexuellement, l'orientation en avortement.

La situation d'intervention

Une fille de 14 ans a annoncé à sa mère qu'elle a depuis un certain temps des relations sexuelles. Bien que la mère soit *a priori* contre le souhait de sa fille d'utiliser des anovulants, elle l'accompagne au bureau de l'infirmière pour explorer avec elle les possibles

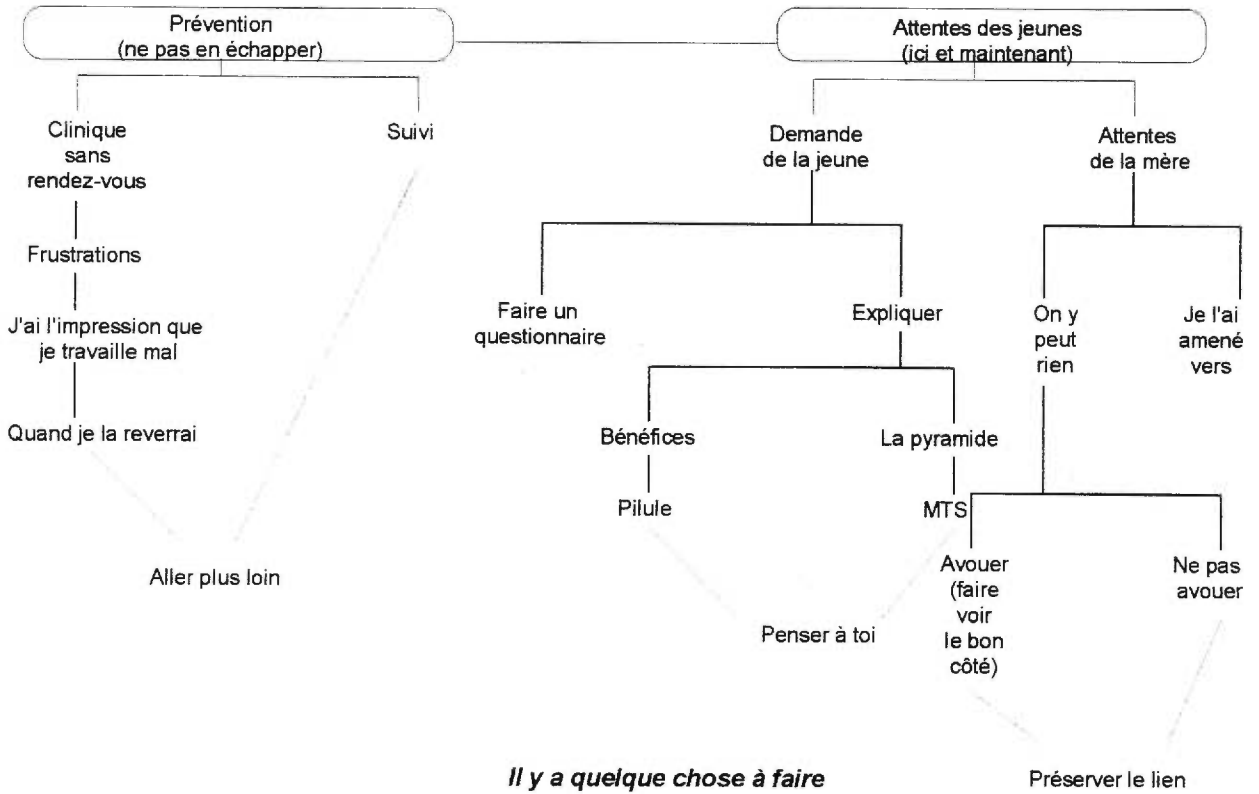
contraceptions. L'intervention vise d'abord à gérer le choc de l'annonce faite à la mère par sa fille, et surtout à lui offrir un moyen de contraception lui convenant. L'intervention comporte donc une part relationnelle importante où il importe de faire voir à la mère qu'il est une bonne chose que sa fille lui ait parlé ouvertement des changements ayant cours dans sa vie, et qu'elle l'intègre à sa décision concernant la contraception. En outre, il s'agit de vérifier le sens de l'opposition manifeste de la mère contre les anovulants. Une fois que la mère semble prête à l'idée que sa fille utilise un moyen de contraception de son choix, l'intervention entre dans une partie nettement plus protocolarisée. L'infirmière entreprend un questionnaire auprès de la fille permettant d'identifier des facteurs de risque au plan de la santé, lui présente les moyens de contraception qui lui sont disponibles, l'aide à faire son choix, l'informe sur la façon de prendre la pilule, lui présente les effets secondaires les plus fréquents, etc. De plus, l'infirmière ouvre sur la question des maladies transmissibles sexuellement et les risques du tabagisme associés aux anovulants. Puis elle les oriente toutes deux dans la suite du processus interne, c'est-à-dire vers le médecin, qui prescrira les anovulants, vérifiera la bonne compréhension de la fille des enjeux médicaux, et lui présentera les effets secondaires plus rares.

La mère apporte deux éléments de discussion importants. Elle désire que sa fille soit vaccinée contre l'hépatite, étant donné qu'elle a des rapports sexuels. Pour ce faire, l'infirmière mobilise les infirmières de la vaccination, même si cela contrevient un peu aux règles d'orientation interne. Puis la mère insiste pour que sa fille accepte une injection anovulante, dont la durée utile est de trois mois. La mère estime que sa fille est insuffisamment responsable, ou compliant en termes de nursing, pour prendre la pilule quotidiennement. Comme cette injection peut avoir comme conséquence la prise de poids, la fille refuse tout net, et sans plus de discussion, une telle possibilité. L'infirmière cherche par la suite à améliorer la confiance de la mère envers sa fille, favorise l'engagement de cette dernière à la compliance, et lui démontre les risques d'un manque de compliance et quoi faire en cas d'oubli.

Figure 9

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.2 : infirmière de la clinique jeunesse

L'univers de l'intervention



Le schéma spécifique

L'intervention prend ici sens par l'opposition structurante qu'il y a, en pratique, entre le projet professionnel de l'intervenante de focaliser l'action sur un travail préventif de fond, et *les attentes des jeunes* qui sont dans *l'ici et maintenant*. Si le mandat organisationnel affirme l'importance de la prévention, force est de constater que l'action au sein de la clinique jeunesse reproduit cette contradiction organisationnelle entre la *clinique sans rendez-vous* et le *suivi*. Il lui faudrait *aller plus loin*, faire en sorte que ces filles ne reviennent pas trois mois plus tard avec un problème plus grave. Pour ce faire, il faudrait inscrire la relation thérapeutique dans le temps par un *suivi* qui permettrait d'atteindre les objectifs de prévention et de santé intégrale tels que préconisés par le modèle McGill. Cette impossibilité d'instaurer un suivi provoque une certaine *frustration*, parfois même l'impression de *mal travailler*, quand une jeune fille, par exemple, revient une cinquième fois pour obtenir une pilule du lendemain. Cette frustration provoque une adaptation du travail, notamment en l'inscrivant dans une durée quasi factice. *Quand je la reverrai*, il sera peut-être possible d'aller plus loin.

Ce sont donc les *attentes des jeunes* qui donnent le sens premier à l'intervention. Dans ce cas-ci, la demande est double, et dans une certaine mesure source de conflits entre la mère et la fille. Comme elle est là *pour les jeunes*, l'intervention auprès de la mère vise à *préserver le lien* entre les deux et à *l'amener vers* un changement d'attitude à l'égard de sa fille, de la contraception, etc. Mais ce *vers* se conjugue d'un constat fondamental tant pour l'infirmière que pour la mère : quoiqu'il en soit, *on y peut rien*, cette jeune fille fera bien ce qu'elle voudra. De ce constat découle une ultime action visant une prise de conscience de la mère, qu'exprime la disjonction *avouer/ne pas avouer*. Cette disjonction permet à l'infirmière de rappeler l'aspect positif contenu dans le fait que la fille ait avoué à la mère le fait qu'elle a des rapports sexuels. Ne pas avouer c'était, en quelques sortes, briser le lien entre les deux. De même, refuser d'entendre l'ouverture de la fille provoquerait une rupture trop coûteuse. Ainsi, les attentes de la mère ne sont pas répondues directement, elles sont plutôt considérées comme élément contextuel de l'intervention, comme facteur qu'il faut savoir modifier pour assurer la réussite de l'intervention auprès de la cliente cible : la jeune fille.

La relation de l'infirmière avec cette fille peut apparaître comme l'envers de celle que l'infirmière a développée avec la mère. C'est que la demande est formelle et correspond à

l'offre de services. La réception de cette demande provoque la nécessité de *faire un questionnaire*, véritable «*laïus*» récité par l'infirmière. À cette action protocolarisée correspond une activité un peu plus relationnelle, celle de *l'explication*. Cette explication oppose *bénéfices* (contrôle de la grossesse et implicitement liberté sexuelle) et les dangers : *la pyramide* de la transmission des maladies transmissibles sexuellement. Il ne faut cependant pas interpréter que l'intervention de l'infirmière auprès de la jeune est froide et mécanique. Si elle répond à un protocole d'intervention explicite et à des règles de l'explication, l'intervention est enrobée d'une activité relationnelle visant à faire en sorte que la jeune fille prenne la décision lui convenant le mieux. Il faut *penser à toi*.

L'interprétation du schéma spécifique

Ici, la problématique sociale de la prévention des maladies transmissibles sexuellement et des grossesses non désirées est au cœur de l'intervention. Mais l'entretien de recherche révèle un certain conflit sur la façon de réaliser la mandat de prévention en question. L'infirmière prend acte des limites organisationnelles (*clinique sans rendez-vous*) et de l'incontournable praxéologique que sont les *attentes des jeune*, dans *l'ici et maintenant*. L'infirmière développe des stratégies d'adaptation pour aller plus loin (par exemple, elle note au dossier les rencontres insatisfaisantes, en espérant que la jeune en question revienne avant une grossesse non désirée ou une maladie vénérienne). À cette *frustration* et cette nécessité d'*aller plus loin* correspond cette phrase clef : *Il y a quelque chose à faire quoi qu'il en soit, et elle le fait*.

Nous retenons aussi le focus que l'infirmière réalise sur la demande de la jeune. Le travail auprès de la mère n'a qu'un but : que la jeune fasse le choix le meilleur possible pour elle, sans trop tenir compte des attentes de sa mère. L'activité relationnelle est toute empreinte de ce focus sur la cliente véritable qui, d'ailleurs, rend écho au mandat organisationnel.

L'interlocutrice no.3 : infirmière du point de service

Jeune infirmière, elle est reconnue pour son dynamisme et son implication dans son établissement. Elle occupe plusieurs fonctions un peu partout au C.L.S.C., dont des fonctions de représentation politique. Pour cette intervention, elle oeuvrait au point de service où une clinique externe en nursing est disponible pour les gens du quartier. Pratiquer au point de

service implique un relatif isolement des collègues de la maison mère, et une certaine proximité avec une clientèle plus petite en nombre, quoique en général plus lourde.

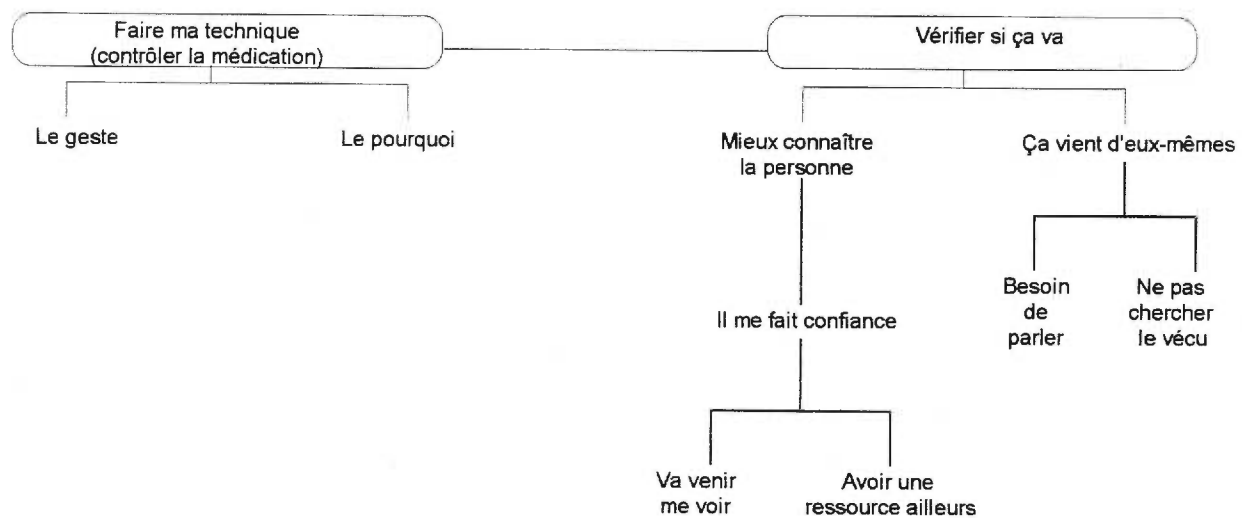
La situation d'intervention

Cette courte rencontre bimensuelle consistait en une simple prise de sang de contrôle afin d'ajuster la médication d'une personne souffrant d'une psychose. Le jeune homme est donc un habitué de ce service et de l'infirmière ; la part routinière de l'intervention est largement incorporée par tous deux. Cette routine comprend une relation de plus en plus significative pour l'un et l'autre, ce qui permet cette fois-ci au jeune homme de raconter à l'infirmière un incident fâcheux qui s'est produit dans sa vie depuis la dernière visite. Suite à un accident de vélo, lors duquel il endommagea un véhicule automobile, le jeune homme reçut une mise en demeure l'enjoignant d'assumer les dommages matériels. Cette lettre est fortement anxiogène pour cette personne fragile au plan psychologique. L'infirmière lui fait ventiler un peu cette émotion puis lui demande s'il en a parlé à la psycho-éducatrice de son foyer de groupe, ce que le jeune homme avait effectivement fait. Elle en profite pour lui transmettre sa confiance en cette intervenante, puis le rassure vaguement sans creuser davantage cette question. Le tout dura environ dix minutes. À cette occasion, l'infirmière formait une autre infirmière en stage d'actualisation professionnelle. Celle-ci était à l'écart de la scène immédiate et ne prit part à la relation avec le client.

Figure 10

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.3 : infirmière du point de service

L'univers de l'intervention

*Ca va être plus facile si...*

Le schéma spécifique

Le sème structural premier de cet entretien consiste ici à concevoir l'intervention comme la conjonction de *faire ma technique/vérifier si ça va*. *Faire ma technique* articule et dissocie le geste et le *pourquoi* du geste. Auprès de l'infirmière stagiaire, le geste fut complètement tacite, c'est-à-dire qu'il ne fit l'objet d'aucun transfert d'information. Seul le *pourquoi* du geste fut explicite. Il faut entendre par ce *pourquoi* la nécessité médicale avant tout. *Vérifier si ça va* prend sens par une disjonction importante et fort signifiante entre *Mieux connaître la personne/Ça vient d'eux-mêmes*. *Mieux connaître la personne*, c'est poser la relation comme signifiante pour ladite personne, et de se poser, en tant qu'infirmière, comme ressource signifiante. Le client viendra alors *me voir* au besoin. En cela apparaît un paradoxe, à tout le moins à première vue. Cette signifiante fort valorisée, le fait que le client *me fait confiance*, se limite en pratique à vérifier s'il y a une ressource adéquate et extérieure à la relation clinique pour réaliser la relation d'aide. Le cas échéant, l'intervention de l'infirmière consiste à en rappeler la pertinence. Ainsi, l'envers sémiologique de *Mieux connaître la personne*, pose le relationnel, pour ne pas dire le non-nursing, comme un intrant au colloque singulier qui *vient d'eux-mêmes*. Si l'infirmière reçoit le *besoin de parler* du client, elle ne va pas d'elle-même chercher le vécu.

L'interprétation du schéma spécifique

Cette entrevue soulève la question du statut de l'intimité, de l'intériorité, du psychologique ou, tout simplement de l'accès au vécu dans l'intervention. La confiance est certes importante, notamment parce qu'elle permet de mesurer la signifiante de la relation. Mais elle est davantage utile qu'importante. L'infirmière est claire et explicite à ce propos : ce bon contact n'est nullement nécessaire à la réalisation *du geste*, le prélèvement sanguin. Mais *Ça va être plus facile si...* il fallait élargir, pour un temps, la relation à l'occasion d'une situation de crise. L'infirmière ne cherche donc pas à aller plus loin dans la spirale de l'intériorité où le vrai ou l'essentiel se trouve en cette nosographie de l'âme. Elle sait cependant qu'il sera peut-être nécessaire d'y accéder, compte tenu du profil pathologique du client. Mais cette incursion se fera à l'unique demande du client, et seulement si nécessaire au maintien de la relation. Cette infirmière n'oppose pas le technique au relationnel, mais elle les articule de façon telle qu'elle ancre sa pratique dans un médical auquel est attribué le relationnel. Ainsi, le relationnel est

accessoire à la pratique paramédicale, et ne constitue pas une source d'expansion ou de reconnaissance du rôle de l'infirmière.

Soulignons enfin que cet entretien met en lumière de façon typique une dimension importante dans l'ensemble des entretiens d'infirmières que nous avons faits : le geste n'est pas (ou si peu) objet de parole. Aucune d'entre elles ne nous décrit le geste, et ce malgré une méthode d'entretien qui le permet et l'encourage. Si l'ensemble des vingt entretiens se déroule sous le mode de l'expression des évidences pratiques, le geste des infirmières est d'une telle évidence qu'il ne fait ou ne peut faire l'objet d'une narration. S'agit-il que le geste soit si bien incorporé qu'il apparaisse totalement immédiat à la pratique ? S'agit-il que le geste ne soit pas, en cette époque d'expansion du rôle de l'infirmière, une source de reconnaissance, voire une réminiscence du caractère exécutif d'une part archétypique du nursing ? S'agit-il enfin d'un effet de méthode, de notre propre méthode, fondée pour l'essentiel sur de l'information dialogique ? Notre observation terrain nous laisse croire que le geste apparaisse effectivement pour les infirmières comme un incorporé, comme un allant-de-soit dont il n'est pas nécessaire de discuter. Les discussions de corridors portent essentiellement sur le pourquoi des interventions, rarement sur le comment. Il est vrai que ce comment est codifié, notamment par les fiches de soins, qui elles-mêmes se réfèrent à des protocoles d'intervention. Le geste devient problématique, même étonnamment problématique, lorsqu'il s'agit de modifier un protocole, ou d'en intégrer un à sa pratique. Par exemple, la visite d'un représentant d'équipements médicaux provoque une discussion sur le geste des plus intenses et engagés. De même, une formation sur le tas concernant l'usage d'une interface sous-cutanée permettant le branchement rapide, près du cœur, d'un cathéter provoque une discussion rapide, précise et parfois émotive sur les façons de procéder. Mais outre ces moments de chaos où la parole porte sur le geste, il est exceptionnel d'entendre une infirmière dire ce qu'elle fait, par le geste. Bref, la parole devient intense, voire frénétique, lorsque l'infirmière constate des défauts d'incorporation du *faire*.

L'interlocutrice no.4 : infirmière en périnatalité (1)

Cette infirmière d'expérience travaille au sein de l'équipe en périnatalité, soit une équipe composée essentiellement d'infirmières. Pourtant, cette équipe est conçue pour comporter également des travailleurs sociaux. Il semble que ceux-ci ont partiellement désinvesti ce lieu

où ils étaient fréquemment sollicités pour mieux outiller les infirmières au niveau des techniques d'intervention psychosociale. L'équipe est d'ailleurs très dynamique à ce propos et saisit toutes les occasions pour mieux se former en la matière. L'équipe travaille auprès de jeunes mères ou de jeunes familles ciblées quant à leurs faibles capacités parentales appréhendées. Le bas niveau de scolarité, les faibles revenus et l'histoire familiale sont les principaux critères que les programmes considèrent pour établir l'admissibilité des clientèles aux services. Ainsi, les infirmières travaillent lors d'activités de groupes (notamment pour des cours pré et postnataux) et suivent en suivi particulier les mères ou les familles ciblées. Elles ont évidemment une tâche de dépistage importante, ce qui les amène à travailler éventuellement avec la Protection de la jeunesse. Cependant, le cœur de leur tâche se situe au niveau de l'enseignement des compétences parentales de façon à éviter divers problèmes sociosanitaires. En plus de ce travail, elles participent à d'autres activités telles le nursing en milieu scolaire et les vaccinations prophylactiques. Mais c'est sous l'angle de leur action en périnatalité que nous les avons contactées. Cette infirmière en particulier est reconnue comme très méthodique et pour son intérêt pour les pratiques parallèles (ex. : sages-femmes, médecines douces, etc.) et les méthodes d'intervention psychosociale.

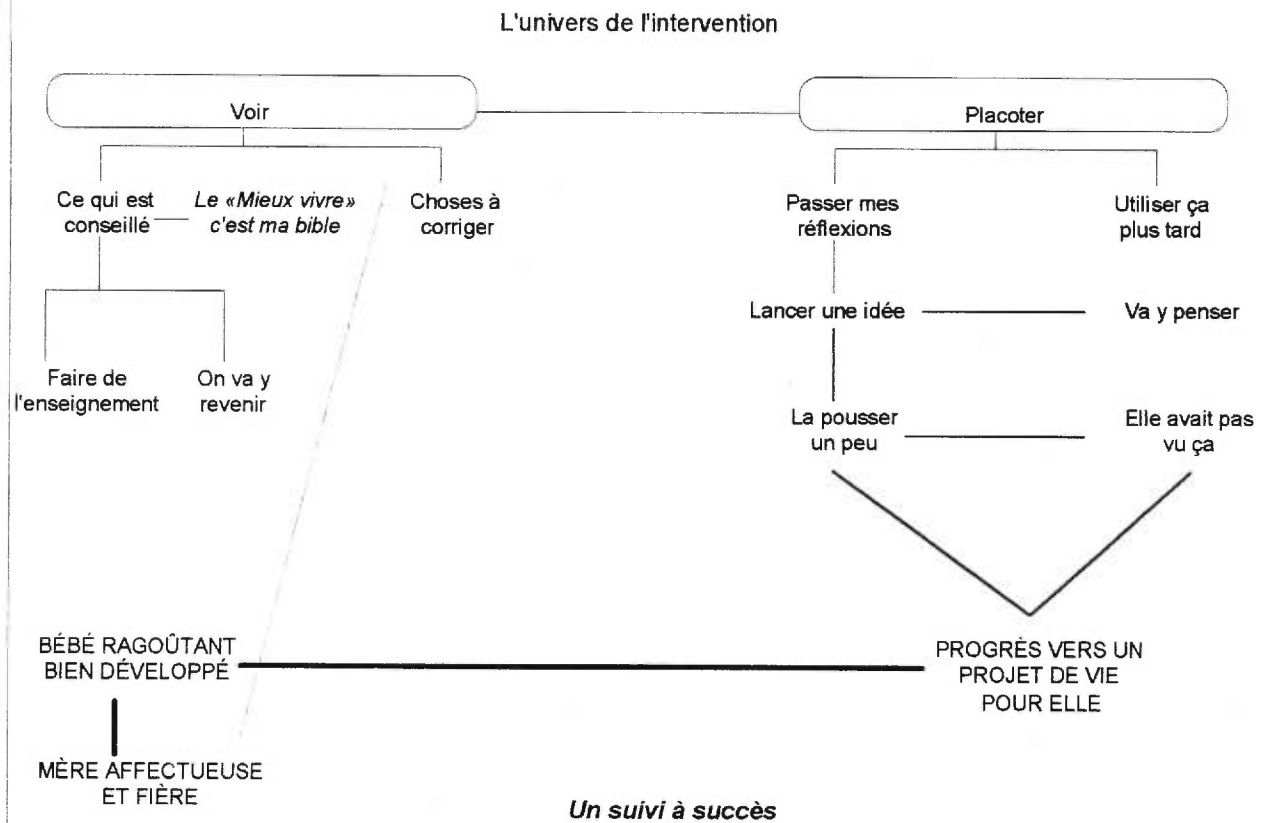
La situation d'intervention

De retour d'une absence prolongée, l'infirmière reprend un suivi long terme qu'elle avait dû délaissier avec la jeune mère d'un bébé actuellement âgé de 15 mois. Elle avait suivi cette famille lors des activités de groupe offertes par le C.L.S.C. Correspondant aux critères d'admissibilité d'un programme de périnatalité (c'est-à-dire pauvre, peu scolarisée, jeune, présentant des carences au niveau de ses compétences parentales), cette jeune mère a un conjoint qui travaille un peu au noir. Il est absent lors de cette visite à domicile. Ce suivi est en fin de parcours puisque le programme se termine en principe à la fin de la deuxième année de vie du bébé, et que les rencontres s'espacent de plus en plus au terme de la séquence. Le but de la rencontre est de voir si tout va bien avec le bébé. À son arrivée, celui-ci dormait. Plutôt que de le réveiller, elle en profite pour *placoter* avec la mère. Les problèmes de relevailles de la mère sont explorés, tout comme ses problèmes de santé, comment ça va avec le bébé, sa contraception, son nouvel environnement de vie, son refus de faire garder son bébé et, au terme de la rencontre, son projet de vie personnel. Lorsque bébé se lève, elles parlent davantage de bébé, ce qu'il boit, ce qu'il mange, etc. Elle a pesé bébé et présenté les courbes

de croissance, sujet source de fierté pour la mère. Concernant le bébé, plusieurs conseils ont été donnés à la mère tout au long de la rencontre, mais c'est surtout des confirmations que tout va bien qui ont été énoncées par l'infirmière visiteuse. Pour la mère, qui aura finalement été la cible de l'intervention pour la majeure partie de la rencontre, des questions sont posées, des suggestions et des reflets sont faits, de façon soit à vérifier un comportement ou une attitude, soit pour lui ouvrir de nouveaux horizons. C'est ainsi que la question de son projet de vie est abordée, de façon à envisager une amélioration de la qualité de vie de la famille par son insertion au marché du travail officiel. Mais ce projet de vie a surtout une visée spécifique pour la mère, à savoir qu'elle développe des activités qui permettront son épanouissement plus complet que l'unique élevage des enfants.

Figure 11

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.4 : infirmière en périnatalité (1)



Le schéma spécifique

La logique sociale qu'exprime cet entretien de recherche s'articule autour du sème *voir/placoter*, allégorie pratique de l'objectif et du subjectif, du factuel et du relationnel. Le *voir* est proactif et la plupart du temps unilatéral et implicite. Ce *voir* donne sens à ce qui *est conseillé* et aux comportements et attitudes à corriger. Par exemple, l'infirmière voit que le jus de fruit remplace trop le lait de bébé. Elle informe la mère qu'il n'est pas conseillé de ce faire et propose des alternatives. *L'enseignement* peut se faire sur le champ ou *on y reviendra* plus tard, lorsque l'occasion se présentera au plan relationnel. Cette articulation temporelle de l'intervention se retrouve également pour ce qui a trait à l'intervention sur les attitudes. L'infirmière *passera des réflexions* (sur son rapport à la garde de l'enfant, quant à son projet de vie, quant au caractère réaliste de l'achat d'une maison, quant à son désir d'avoir un second bébé prochainement, etc.). D'autres sujets, plus délicats, ou tout simplement impertinents dans le fil de cette relation particulière, sont mis de côté, engrangés en vue d'un usage en temps opportun. De même, l'infirmière lance des idées qui, espère-t-elle, trouveront le terreau de leur germination. Ce *placotage* vise, somme toute, à *la pousser un peu*, à l'amener vers des attitudes et comportements plus valorisés socialement, et donc plus valorisants pour elle.

L'infirmière estime qu'il s'agit d'un *suivi à succès* dont on peut prendre la mesure de deux façons. Au niveau des faits et comportements concernant le bébé, il est *ragoûtant et bien développé* et la mère *affectueuse et fière*. Au plan du travail auprès de la mère, l'infirmière constate qu'elle *progressé vers un projet de vie pour elle*. Ainsi, l'objectif premier du programme est atteint, soit le développement des compétences parentales pour le bien-être de l'enfant, et l'objectif tacite de favoriser la croissance personnelle des mères est en voie d'être atteint.

L'interprétation du schéma spécifique

Ce schéma traduit un dualisme fort entre le factuel et le relationnel et les objectifs explicites et implicites qui leur sont associés. Que nous indique l'emploi du terme *placoter* en regard d'une action aussi positive que celle de *voir*? Du côté du *voir*, l'objectivité fonde l'intervention. Il y a des comportements conseillés, d'autres déconseillés. Une carence comportementale enclenche une stratégie d'enseignement : il faut combler la carence. La mesure de l'efficacité de l'action est également objective : le bébé se développe bien, l'attachement de la mère pour son bébé est ostensible, et elle indique explicitement qu'elle adhère totalement aux préceptes

de l'élevage des enfants tels que formulés par la science : *le Mieux vivre*⁷⁷, *c'est ma Bible*, dit-elle. Cette affirmation confirme que cette mère suit les préceptes auxquels se réfère l'infirmière dans son travail. S'il demeure des *choses à corriger*, il ne s'agit que d'une question de temps pour déclarer la réussite complète du suivi. Tout compte fait, bébé ragoûtant et bien développé, additionné d'une mère affectueuse et fière, additionné d'un usage canonique du *Mieux vivre*, voilà qui démontre sans l'ombre d'un doute qu'il s'agit d'une *bonne mère*, et donc d'un suivi sur la voie du succès.

En regard d'un lexique objectif se trouve donc un lexique plus incertain, plus relationnel. *Placoter*, c'est créer une condition favorable à *passer des réflexions* et à *la pousser un peu* ; cela explique sans doute la différence de tonalité lexicale entre les deux pôles de la disjonction et le fait que du côté du *voir* se trouvent des légitimités fortes, celle de la *valeur enfant*, comme objet de protection sociale, et celle du dépistage précoce, comme cible de l'intervention de l'État⁷⁸. Lancer l'idée que cette jeune femme devrait retourner aux études, par exemple, procède d'un tout autre calibre de légitimité. L'intervention est moins directive et se veut davantage influence que contrainte. Comme écrit *supra*, les objectifs mêmes de cette intervention relationnelle sont en grande partie tacites. L'usage de *placoter* indique-t-il alors la nécessité praxéologique de franchir le mur de la confiance pour que l'intervention devienne possible ? Indique-t-il plutôt une action fondée sur une légitimité plus faible ? Ou encore nous indique-t-il une stratégie tacite, voire occulte, d'action sur les consciences ? Retenons provisoirement ceci : ces trois hypothèses interprétatives peuvent selon nous s'intégrer au plan théorique à travers la formulation d'une théorie de l'intervention. Nous ne pensons pas que cette articulation soit cependant propre à cette infirmière, loin s'en faut, ni même au groupe des infirmières. Nous touchons là, probablement, l'une des conditions praxéologiques fondamentales aux métiers relationnels dans leur ensemble, soit la composition en pratique d'une action qui puise en une diversité de légitimités sociales.

⁷⁷ *Le Mieux vivre avec son enfant. De la naissance à deux ans. Guide pratique pour les parents* est un volume remis à chaque parent à la sortie d'un service d'obstétrique, suite à la naissance d'un enfant. Il collige des informations scientifiques vulgarisées sur l'élevage des enfants. Alimentation, courbes de poids, ressources de toutes sortes, entre autres, sont présentées quasiment à la manière d'un protocole d'intervention parentale.

⁷⁸ D'ailleurs, à ce propos, il semble convenu d'affirmer qu'il y a recul de l'interventionnisme de l'État. S'il n'est pas de notre propos de participer ici à ce débat, soulignons néanmoins que l'intervention de l'État auprès de la petite enfance a connu un essor certain depuis les dernières années : maternelles à temps plein, développement des Centres à la petite enfance, conçus comme lieux interdisciplinaires de dépistage et d'intervention, développement de programmes ciblant les jeunes enfants, etc.

L'interlocutrice no.5 : infirmière en périnatalité (2)

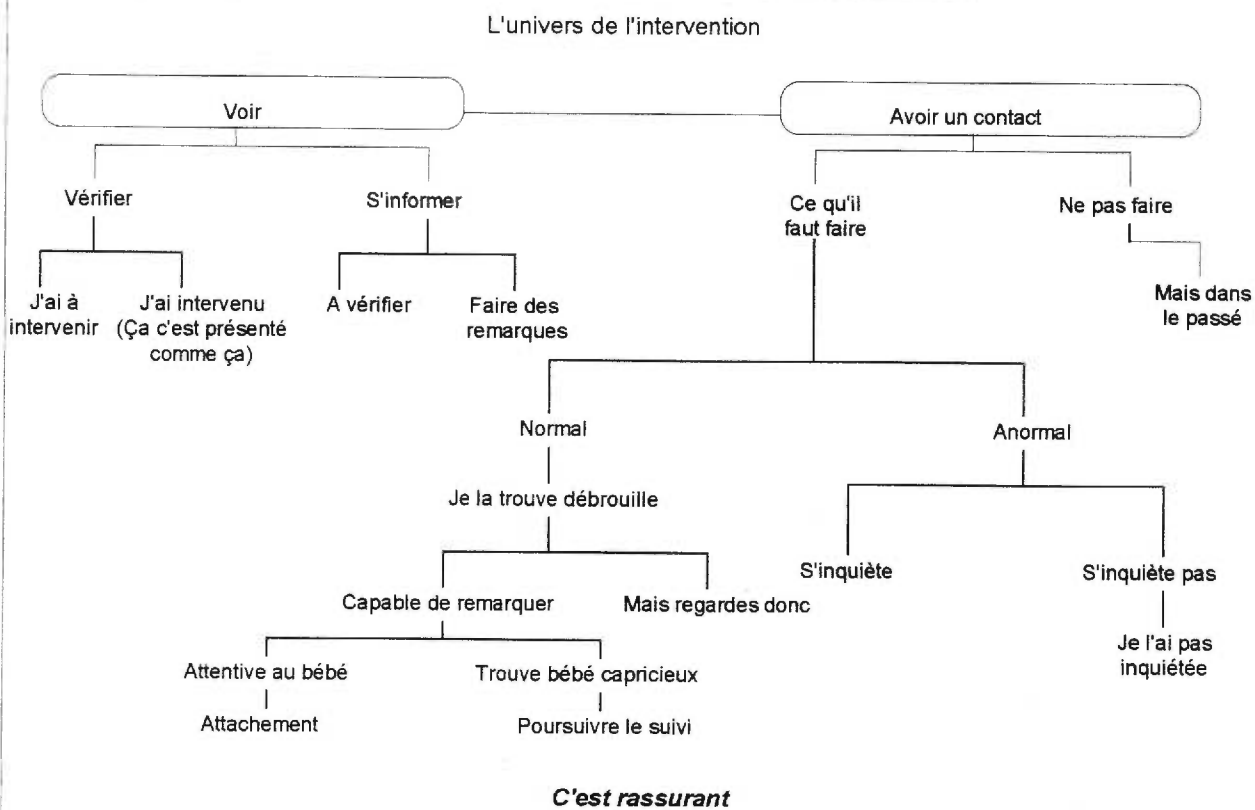
Infirmière en milieu de carrière, elle travaille au sein de l'équipe de périnatalité. Nous vous référons à la description du contexte de pratique rédigée pour l'infirmière précédente.

La situation d'intervention

La locutrice nous présente la seconde rencontre d'un suivi postnatal individuel avec une jeune fille de 14 ans qui vient tout juste d'accoucher. Non seulement le père du bébé est absent mais il a forcé cette jeune fille à quitter sa ville d'origine. Cette adolescente vit avec sa mère, qui lui offre un support important. Le but de l'infirmière, lors de cette rencontre, est de vérifier si le processus d'attachement avec le bébé suit son cours. Compte tenu de l'âge de la mère et des conditions précaires de cette maternité, un défaut d'attachement serait un indice qu'il y aurait risque de compromission du développement ou de la sécurité de l'enfant. La rencontre a lieu en milieu de matinée, à domicile. L'adolescente accueille l'infirmière seule puisque le bébé et la grand-mère dorment encore, cette dernière ayant passée une partie de la nuit à s'occuper du bébé. En passant près de la chambre, l'infirmière observe que le bébé dort sur le ventre, ce qui, selon les prescriptions pédiatriques, est déconseillé puisque cette posture est associée au Syndrome de la mort subite du nourrisson. La discussion avec l'adolescente s'ouvre par un vague *Comment ça va ?*, mais vite l'infirmière l'oriente sur le thème du risque inhérent à la posture ventrale du bébé. De nombreux sujets sont abordés par la suite : relevailles, contraception, etc. Lorsque le bébé laisse entendre des signes de réveil, l'infirmière intervient pour que la jeune mère n'accourt pas dans l'instant pour lever le bébé. Elle lui montre par les faits que le sommeil peut être prolongé par un changement d'attitude de sa part, et ainsi éviter son épuisement et celui de la grand-mère. La suite de la rencontre porte surtout sur l'usage d'un cahier produit par le C.L.S.C. lui indiquant ce qui est normal que son bébé réalise comme activités, et ce à chaque étape de son développement. Un éphéméride permet à la jeune mère de consigner des observations factuelles éventuellement utiles pour évaluer le bon développement du bébé.

Figure 12

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.5 : infirmière en périnatalité (2)



Le schéma spécifique

La logique sociale de cet entretien de recherche prend sens par le sème premier *voir/avoir un contact*. La visite à domicile a d'abord pour but premier de constater *de visu* et *in situ* les indices objectifs pouvant présager des difficultés d'attachement, puis d'autres difficultés plutôt au niveau de l'enfant. Le *voir* se déploie aussi selon un axe objectif/subjectif, soit *vérifier* par des faits ou *s'informer* par la parole d'un comportement, d'un état, d'une pratique. L'infirmière vérifie la position du bébé pendant son sommeil, elle s'informe du problème de muguet (sachant que le bébé a un suivi médical). *S'informer* implique éventuellement de *faire des remarques* ou de *vérifier* plus tard ce qu'il en est objectivement. L'action de vérification provoque, lorsqu'un problème est constaté, deux types d'intervention. Le premier est impératif : *j'ai à intervenir* lorsqu'il est constaté que le bébé dort sur le ventre, lorsque la mère gère mal ses sommeils, etc. Le second est situationnel, *ça c'est présenté comme ça*. L'occasion crée la possibilité d'intervenir, et donc de réaliser un segment d'un projet de changement de plus vaste portée. Lors d'une discussion entre la mère et la grand-mère, l'infirmière saisit l'occasion d'une divergence de vue entre elles pour donner un conseil/prescription sur les techniques alimentaires.

La part de *contact* dans cette rencontre prend sens par l'opposition entre *ce qu'il faut faire/ ne pas faire*. Le relationnel de cette rencontre vise clairement à mesurer l'attachement de la mère à l'égard de son bébé et à l'outiller en la matière. Le *ne pas faire* est évoqué comme un horizon négatif quoique relativisé en soulignant que les prescriptions évoluent avec le temps, comme le démontre le débat concernant la posture ventrale pour le sommeil du nourrisson. Le sens de *ce qu'il faut faire* se déploie par la disjonction *normal/anormal*, où l'*anormal* prend sens par l'inquiétude qu'il suscite ou ne suscite pas. À l'égard du *normal*, la suite de l'intervention se fonde sur une tension entre les carences de la jeune mère et les indices positifs de l'attachement. Globalement, elle la *trouve débrouille*, car elle est *capable de remarquer*, elle est *attentive au bébé* et semble *attachée*, ce qui est donc *rassurant* pour l'infirmière. Mais la jeune mère ne remarque pas tout et, surtout, trouve déjà son bébé de 14 jours *capricieux*. Cela est un indice qu'il faut *poursuivre le suivi*, malgré les indices positifs.

L'interprétation du schéma spécifique

Contrairement à l'entretien de recherche précédent, ce suivi est beaucoup plus jeune ; il s'agit de la seconde rencontre avec la jeune mère, et ce dans la seconde semaine de vie du bébé. La part de l'objectivité dans la relation clinique est ici plus grande, car l'infirmière veut d'abord savoir s'il y a des risques de compromission du développement et de la sécurité du bébé. La demande sociale de protection de l'enfant prend ici nettement le pas sur le travail de développement des compétences parentales. Globalement, c'est *rassurant* à ce propos. L'attachement est suffisant dans les circonstances, il ne reste plus qu'à *poursuivre le suivi* compte tenu de certains facteurs de risque. Cet entretien de recherche permet de voir comment le rapport au temps est important dans une relation d'intervention. L'établissement d'une relation (confiance, signifiante, puis changement des attitudes) est ici secondaire (mais néanmoins très important) à la satisfaction de la demande sociale, omniprésente dans l'ensemble du schéma. La dichotomie naïve entre les travailleuses sociales en lien à la demande sociale et les infirmières en lien avec la demande médico-sanitaire est ici, s'il eut fallu encore, démontée. Le rapport au social est prégnant, comme le rapport plus spécifique aux programmes publics, au contexte juridique, etc. En outre, l'action se veut fortement normative tant au niveau comportemental qu'au niveau des attitudes. Il importe cependant de ne pas laisser entendre que ce *travail social* se réalise hors du relationnel. En fait, l'infirmière a grandement besoin de s'affilier, et ce de façon relativement intense, pour bien réaliser son mandat de préprotection, par exemple. De plus, l'établissement d'un lien de confiance lui permettra de dépasser ce mandat premier et d'engager la jeune mère sur la voie de changements périphériques à la demande sociale, mais néanmoins significatifs pour l'infirmière, pour la cliente, et pour le C.L.S.C. en tant que tel.

L'interlocutrice no.6 : infirmière au soutien à domicile (1)

Cette infirmière pratique au module de soutien à domicile depuis de nombreuses années. Les infirmières de ce module ont une charge de dossiers rotatives, c'est-à-dire qu'à tous les trois mois elles changent de case load pour des raisons pratiques (répartition des distances, par exemple) et pour des raisons organisationnelles de division du travail. Pour certains cas pris en charge sur le long terme, une infirmière peut faire à plusieurs reprises un suivi de trois mois. Les infirmières du soutien à domicile sont en général sur la route en avant-midi et reviennent en après-midi compiler leurs dossiers et préparer les interventions du lendemain.

Elles sont localisées dans les deux plus vastes locaux à aire ouverte du C.L.S.C., l'un plutôt pour les précaires, l'autre plutôt pour les permanentes. Cette configuration physique favorise de nombreux échanges entre infirmières, mais aussi des échanges interprofessionnels, ces locaux devenant les carrefours de toutes les rencontres.

La situation d'intervention

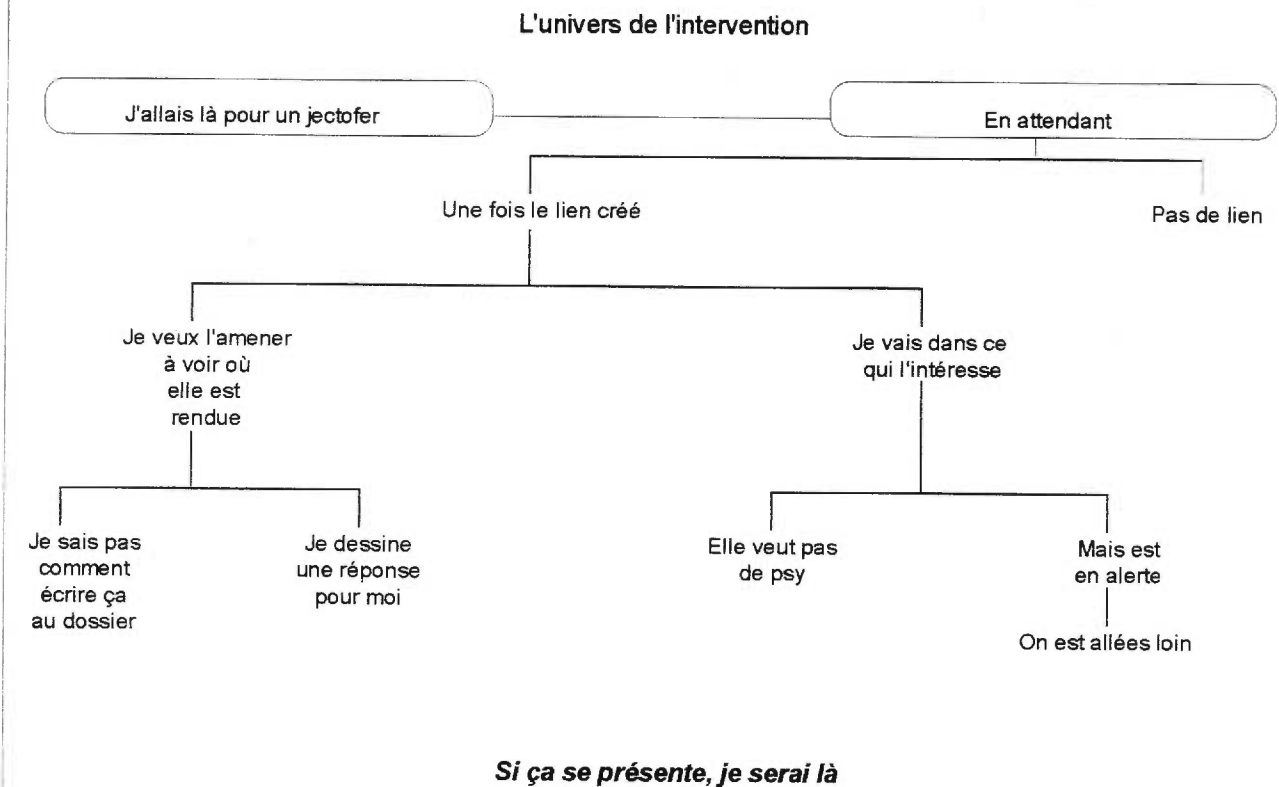
Il s'agit de la rencontre à domicile d'une femme dans la quarantaine qui souffre de sclérose en plaques. Sa maladie est à un stade avancée de développement et l'oblige à demeurer alitée en quasi permanence. Son moral est affecté par sa condition et le bruit court qu'elle aurait des idées suicidaires. Cette dame est réfractaire à toute intervention psychologisante qui l'amènerait à partager sa douleur ou ses angoisses existentielles. Cette position réfractaire fait en sorte que les intervenants au dossier ont peine à établir un contact signifiant avec elle. Malgré son refus du psychologique, elle lit beaucoup d'ouvrages psycho-philosophiques populaires et semble avoir une réflexion intense sur le sens de sa vie. L'infirmière se présente donc à domicile pour lui faire une simple injection intramusculaire qui ne devrait prendre plus d'une dizaine de minutes à réaliser. Alors qu'elle prépare l'injection, elle s'aperçoit que traîne sur sa table de chevet un livre de psychologie populaire. L'infirmière en profite et lance la discussion. Il s'agit d'une discussion sur un mode anodin, sans objectifs d'intervention explicites ou préétablis. Ici, l'occasion crée l'intervention. Au cours de la discussion, chacune donne ses impressions sur le sens de la vie, de la maladie, etc. La discussion se déroule tout en préparant et en donnant l'injection. En outre de cette injection principale, la cliente demande à l'infirmière d'observer une petite plaie à un pied. L'infirmière dépêche à la pharmacie du quartier une bénévoles présente pour chercher une pommade antibiotique, ce qui ouvre un second espace d'échanges. *A priori*, la discussion n'a pas d'autres objectifs que de placoter pour meubler le temps ou, tout au plus, pour établir un contact. En fait, l'infirmière profite de l'occasion pour atteindre un objectif existentiel tacite : *l'amener à voir où elle est rendue*. Nous pensons qu'il faut interpréter cet objectif, ainsi libellé, comme une simple invitation à la cliente pour qu'elle s'ouvre au plan émotif.

Enfin, le hasard voulait que le lendemain de cette visite à domicile une rencontre d'équipe soit convoquée avec les intervenantes susmentionnées pour parler de cette dame, notamment à l'égard de la question de sa fermeture psychologique et émotionnelle et des idées

suicidaires qui semblent se développer dans son esprit. Lors de l'entretien de recherche, l'infirmière ne savait pas dans quelle mesure elle pourrait s'appuyer sur ses succès relationnels avec la cliente pour faire avancer les réflexions de l'équipe multidisciplinaire. De même, elle ne savait pas trop comment transcrire cette intervention au dossier.

Figure 13

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.6 : infirmière au soutien à domicile (1)



Le schéma spécifique

Ce qui structure la logique sociale exprimée ici c'est la conjonction entre *j'allais là pour un jectofer* et *en attendant*. Le premier pôle de la conjonction n'est que très peu développé, véritable incorporé pour lequel il ne semble y avoir nul besoin d'explicitation ; il va de soit. Par contre, *en attendant* la pommade antibiotique, ou tout en préparant l'injection, il est possible d'entrer en relation, de discuter. Cet *en attendant* prend sens selon qu'il y ait un lien ou non avec la cliente. *Une fois le lien créé, je veux l'amener à voir où elle est rendue* tout en allant dans ce qui l'intéresse. Le premier pôle de cette conjonction sémique, davantage proactif, semble ici une affaire professionnelle stratégique, soit le désir d'atteindre l'objectif de changement par l'intervention nursing. Elle permet de *dessiner une réponse* pour soi, donnant sens à la relation clinique, à la maladie de la cliente, aux risques suicidaires. Aller dans ce qui l'intéresse en est le versant plus relationnel. Il met en scène une disjonction signifiante pour l'interprétation de la souffrance existentielle de la cliente : alors qu'elle ne veut pas de psy, tout indique qu'elle est en alerte émotionnelle. Cette alerte permet et autorise à aller loin, au plan humain.

L'interprétation du schéma spécifique

Une fois le lien créé, la disjonction *L'amener vers/aller dans* définit les contours de l'aire des possibles relationnels, et des jeux de sens de la proximité/distance de la relation clinique. L'intervenante a un projet légitime au plan professionnel (la prise de conscience) que l'alerte émotionnelle de la cliente surlégitime, malgré ses récriminations à l'encontre des psy (ici comprenant tous les travailleurs de l'âme confondus). Mais s'agit-il vraiment d'une légitimité professionnelle ? S'agit-il d'une légitimité sociale ? Tout le code narratif de la locutrice nous laisse croire que son action, bien que signifiante, est *en attendant*. Et malgré que l'infirmière soit allée loin à l'occasion de cette discussion, et que cette profondeur soit source de contentement existentiel, les résultats socioprofessionnels de son intervention lui apparaissent de peu de légitimité. Elle ne sait pas comment écrire ça au dossier, elle dit même qu'elle écrira simplement «échanges» au dossier, sans plus. De même, elle ne sait trop si ce lien pourra être utile lors de la rencontre multidisciplinaire prochaine. Elle dessine simplement une réponse pour elle-même. Pourtant, l'intervention prend sens par un énoncé fort ramenant la discussion avec la cliente à une légitimité professionnelle tout aussi forte : *si ça se présente, je serai là*. La discussion lui a permis de se positionner comme intervenante signifiante.

Lorsqu'elle le voudra, la cliente pourra la solliciter pour aborder l'actuel inabordable. Soulignons qu'encore une fois le geste n'est pas objet de parole. Serait-il périlleux de formuler l'hypothèse que le geste est peu signifiant en nursing? S'agit-il simplement qu'il y va comme d'un allant-de-soi? Nous pensons que ce silence traduit une certaine insignifiance du geste, mais en ce sens précis que les voies de réalisation professionnelle singulière et collective se posent par-delà la réalisation technique. En fait, il s'agit moins d'estimer la signifiante d'une dimension ou l'autre de la pratique que d'élucider les lieux d'expansion possible de la signifiante, pour accéder au statut de grand dans le champ professionnel des services aux personnes. Ce schéma met donc en lumière un rapport à la technique de certaines infirmières pour qui la technique est dans l'ombre d'un relationnel, voire en constitue sa négativité. La technique se structure en regard d'une relation soit clinique et professionnelle, soit strictement humaine, impliquant deux existants qui se rencontrent à la faveur d'une demande et d'une offre de services.

L'interlocutrice no.7 : infirmière au soutien à domicile (2)

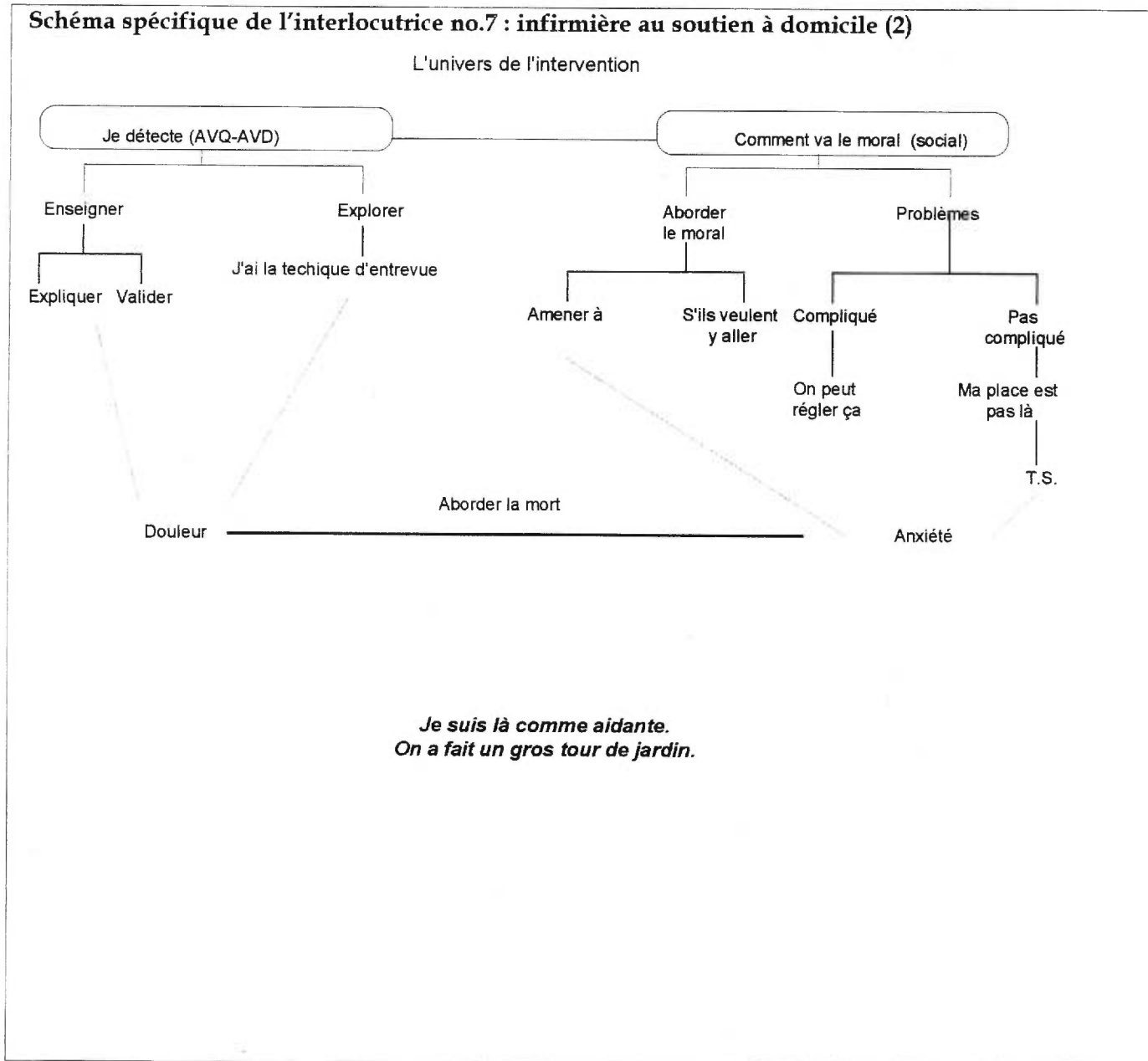
Infirmière expérimentée, elle travaille au sein de l'équipe de soutien à domicile. Suite à une formation sur le modèle McGill, elle s'est dotée d'une technique d'entrevue qui l'aide à réaliser son travail d'infirmière.

La situation d'intervention

Il s'agit de la rencontre à domicile d'un couple de personnes âgées dont la dame est atteinte d'un cancer en phase terminale, mais dont l'échéance n'a pas fait l'objet d'un pronostic précis. Il s'agit donc d'un suivi bihebdomadaire de soins palliatifs. L'infirmière travaille auprès de cette personne depuis deux ans. Son conjoint est présent et supporte grandement la malade. Officiellement, la rencontre porte sur le contrôle des signes vitaux et l'évaluation des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.) et domestique (A.V.D.). Ces catégories officielles réfèrent aux tâches de soins corporelles et domestiques minimales qu'une personne doit effectuer pour assurer sa vie quotidienne : ménage, alimentation, soins corporels, etc. Dans les faits, le travail de l'infirmière porte surtout sur le contrôle des effets des médicaments antidouleurs, notamment par de nombreuses activités d'enseignement. Une part importante de la rencontre consiste en une discussion sur le thème de la mort (relativement imminente), sur l'anxiété que cela provoque, tant chez la cliente que chez son conjoint, ainsi que sur les mesures de fin de

vie (par exemple, séjour ou non à l'hôpital) qu'il faut assurer pour cette époque si intense de la vie d'une personne. Les signes vitaux sont pris pour la forme, tout en discutant de ces importants sujets.

Figure 14



Le schéma spécifique

L'intervention articule des activités objectives impliquant le corps (A.V.Q., A.V.D. et signes vitaux) et une activité plus générale sur *le moral*. Il est à noter ici que *faire du social*, c'est aborder le thème du moral. Cette disjonction corps/moral est centrale dans le travail d'une infirmière effectuant des soins palliatifs. Du côté du corps, les A.V.Q.-A.V.D./signes vitaux apparaissent comme la dimension la plus positive de l'intervention, encore au sens épistémologique du terme. L'infirmière *enseigne* sur ce qui apparaît positivement comme un besoin du corps, comme elle *explique/valide* des comportements, des attitudes. La part existentielle est *explorée*, notamment à l'aide d'une technique d'entrevue inspirée des méthodes du travail social et de la psychologie humaniste.

Vérifier *comment va le moral*, *faire du social*, c'est *aborder le moral* et creuser des problèmes, éventuellement sociaux. Du côté du moral se retrouve une disjonction fréquemment observée sous diverses formulations : *amener à/ s'ils veulent y aller*. Ainsi, la question de la peur de la mort sera abordée *s'ils le veulent*, mais l'infirmière souhaite les *amener* à parler des choix de fin de vie, comme mourir à l'hôpital ou à la maison, par exemple. La séparation des problèmes, *compliqués/non compliqués*, traduit ici une division du travail où l'infirmière réfère à la travailleuse sociale ou règle ça d'elle-même, selon la gravité et la nature dudit problème.

L'interprétation du schéma spécifique

Le schéma exprime sans équivoque le dualisme corps/esprit, actualisé dans cette intervention de soins palliatifs à domicile par *douleur/anxiété*, sème donnant sens au thème de la mort abordé largement tout au cours de cette intervention. Si du côté de la mort se trouve la limite de la délégation des actes médicaux, du côté du moral la limite sera le problème social compliqué, c'est-à-dire dépassant en l'occurrence la question de l'anxiété relative à la mort. Les petits problèmes peuvent trouver leur solution dans le cadre de l'intervention en nursing, en autant qu'ils n'exigent pas de compétences *sociales* trop pointues.

Nous retenons également l'articulation *enseigner/valider*, soit deux actions au cœur du nursing tel que nous l'avons analysé. Enseigner, c'est transmettre des protocoles. Valider, c'est signifier et vérifier que le protocole est bien appliqué. Dans cette perspective, la part relationnelle du travail s'appuie en grande partie sur une action contingente aux protocoles

en question. Mais il va sans dire que dans la proximité du corps et de la douleur les questions morales sont abordées. Cependant, si ce *moral* se complique de questions financières ou implique des tiers, entre autres, s'éloignant donc d'autant des affaires du corps souffrant, le relais s'effectue vers la travailleuse sociale. *Je suis là comme aidante. On a fait un gros tour de jardin* rappelle néanmoins le caractère holiste de l'intervention réalisée. C'est comme si, au plan conceptuel, l'action était dualiste, alors que pratiquement elle se réalisait dans une perspective holiste, autant que faire se peut.

Notons enfin l'adéquation pratique que fait l'infirmière entre *moral* et *social*. Que signifie ce rapprochement effectué, sans passer par la si dominante psychologie ? Il s'agit probablement d'un effet organisationnel important à relever. En C.L.S.C., les clientèles s'orientent selon les axes du *bios* et du *socius*. L'action du psychologue est alors périphérique à cette action bio-psycho-sociale, au mieux campée au cas déclarés problèmes de santé mentale, et en général réduite à cet espace praxéologique interstitiel des conditions pratiques d'une action finalisée de façon bio-sociale. Écrit plus simplement, nous pensons que le psychologique se relègue aux affaires pratiques des relations cliniques, comme moyen de réalisation de mandats sociosanitaires portés par l'organisation, et initié par l'État.

L'interlocutrice no. 8: infirmière au soutien à domicile (3)

Infirmière expérimentée, elle travaille au sein de l'équipe de soutien à domicile.

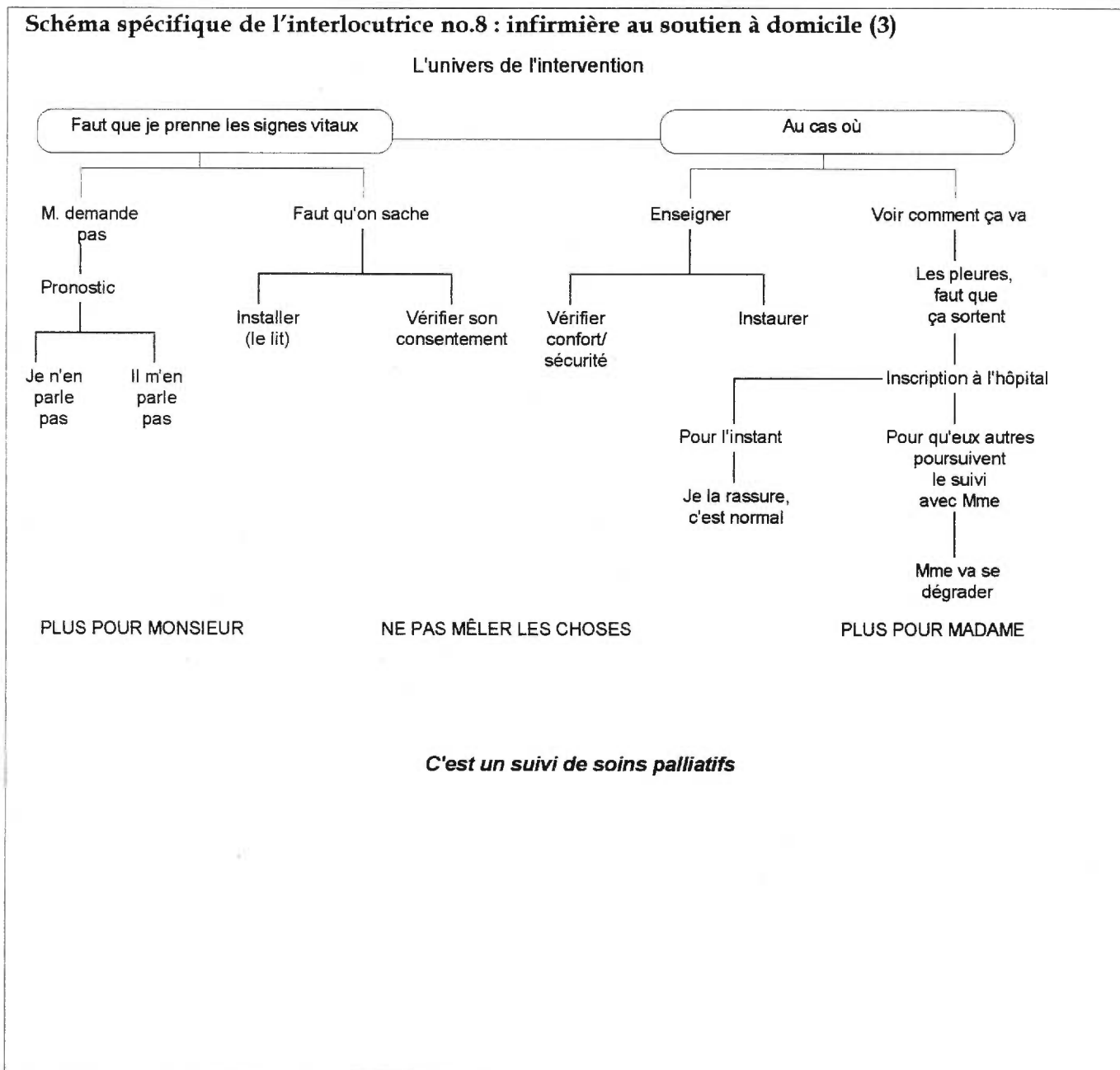
La situation d'intervention

L'infirmière se rend à domicile visiter un couple de personnes âgées dont les deux membres sont atteints du cancer. Ce couple est assisté d'une aidante naturelle proche de la famille. Monsieur vient tout juste d'entendre un pronostic dramatique : il ne lui reste plus que deux ou trois semaines à vivre. L'infirmière se rend à domicile officiellement pour vérifier les signes vitaux et pour contrôler l'efficacité de la médication antidouleurs pour les deux personnes. Évidemment, le pronostic change l'intervention. Elle passe la part la plus importante de la visite à explorer les conséquences du pronostic auprès des trois personnes. Avec Monsieur, elle cherche à *voir comment ça va*. Elle vérifie également son consentement à l'égard de certains changements ou questionnements qui s'imposent dans les circonstances. Par exemple, veut-il mourir à la maison ou à l'hôpital? Veut-il que soit installé le lit d'hôpital

qu'elle lui a obtenu ? Après de la conjointe, elle vérifie l'impact de la nouvelle sur son moral, sur ce qu'elle souhaite vivre, etc. Avec l'aidante naturelle et la conjointe, elle donne des conseils concernant les derniers jours de Monsieur. Elle passera finalement un temps privilégié avec chacun d'eux, au gré des circonstances. Les signes vitaux sont pris pour la forme pour l'un et l'autre des clients. Le ton général de la rencontre est moins existentiel que pragmatique : comment et quoi faire pour traverser cette dure étape de la vie. Malgré l'importance du drame, la relation chaleureuse et empathique demeure centrée sur la tâche.

Figure 15

Schéma spécifique de l'interlocutrice no.8 : infirmière au soutien à domicile (3)



Le schéma spécifique

Le sème premier de cet entretien de recherche lie la nécessité de prendre les *signes vitaux* aux conséquences de la mort euphémisées dans l'expression *au cas où*. La prise des signes vitaux se réalise ici en prenant un sens particulier. Il *faut qu'on sache* l'état de Monsieur, sa compliance, ses besoins, malgré le fait qu'il *ne demande pas*. De même, en ce qui concerne le *pronostic*, Monsieur ne s'exprime guère, *il n'en parle pas*, alors *je n'en parle pas*. L'identification des besoins se traduit dans ce cas-ci à travers l'opposition *installer son lit d'hôpital/ vérifier son consentement*. Encore une fois, ce sème reproduit une structure de sens souvent vue, soit *l'action sur/le respect du consentement* du client, ou *l'amener vers/aller dans*, qui définit les contours de l'aire des possibles relationnels et des jeux de sens de la proximité/distance, de l'objectivité/subjectivité, de l'intrusion/respect.

Pour le pôle *au cas où* Monsieur mourrait, il faut *enseigner/ voir comment ça va*. Cet enseignement se conçoit à travers la relève des besoins en termes de confort et de sécurité : chaque besoin fait l'objet d'un enseignement spécifique, ou d'une action plus structurante et proactive, comme *instaurer* des pratiques. Par exemple, l'infirmière instaure un outil de compilation des données relatives aux médicaments.

L'intervention la plus relationnelle concerne Madame. L'infirmière vérifie *comment elle va* et l'invite à laisser sortir *ses pleurs*. La situation implique la nécessité d'inscrire Monsieur à l'hôpital, bien que *pour l'instant, c'est normal* que l'un et l'autre hésitent encore. Mais il faudra y penser, pour ne pas que Madame et l'aidante naturelle ne se fatiguent trop. L'état de Madame *va se dégrader*, il faut donc penser à la suite du monde, malgré la souffrance que provoque la mort appréhendée de Monsieur.

L'interprétation du schéma spécifique

Ce schéma traduit une intervention centrée et concentrée sur l'activité de soins palliatifs. C'est ce que traduit d'ailleurs l'énoncé résumant l'intervention : *c'est un suivi de soins palliatifs* où même la dimension relationnelle s'ancre dans la perspective de la tâche. Nous retrouvons également cette tension entre une intervention qui se doit d'être proactive (*instaurer, installer, vérifier, prendre les signes vitaux*) et une intervention relationnelle et relativiste où les choix des clients sont respectés. Cette tension est, dans ce cas-ci, circonscrite par un focus sur la

tâche qui contient tout entier le mandat organisationnel et professionnel. Toute l'intervention prend également sens en regard de la gravité de la maladie. Néanmoins, il ne faut pas *mêler les choses*. L'intervention *plus pour Monsieur* est plus proche du corps et, partant, des activités palliatives (médication, sécurité, etc.) et s'inscrit, évidemment, dans un horizon temporel court. L'intervention *plus pour Madame* est davantage relationnelle. Elle s'inscrit dans la durée et pose le rapport entre le présent et le futur comme déterminant. La relation seule ne se légitime pas de soi. Elle s'inscrit dans un travail nursing où l'action palliative concerne beaucoup plus que l'unique contrôle de la douleur : il s'agit de pallier au déficit organisationnel et pragmatique qu'occasionne une maladie fatale pour la proche famille du mourant.

L'interlocutrice no.9 : infirmière scolaire

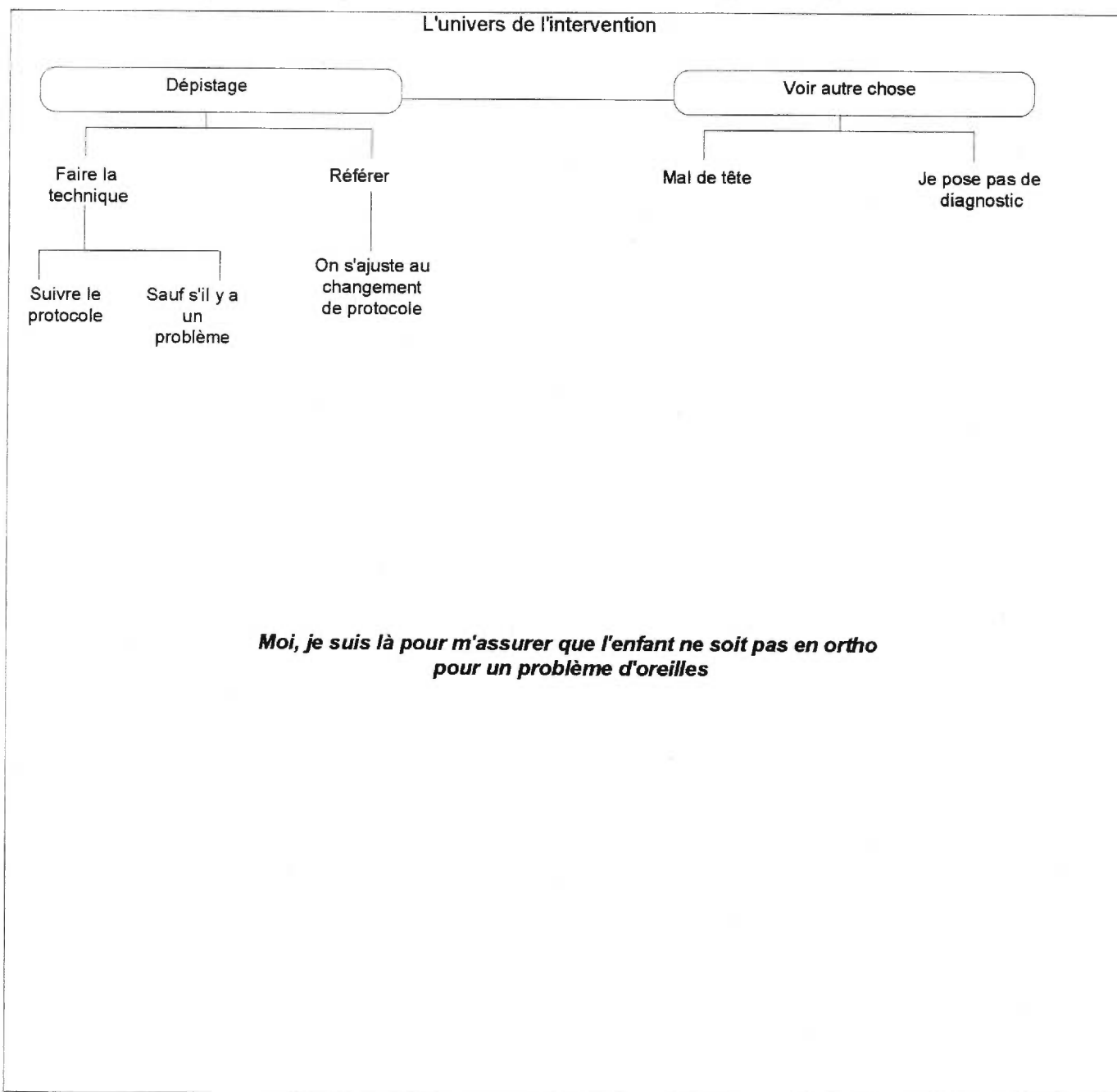
Cette infirmière expérimentée travaille au sein de l'équipe des infirmières scolaires, au niveau primaire. Elle travaille donc la plupart de son temps hors des locaux du C.L.S.C. dans plusieurs écoles différentes, à raison de quelques heures par semaine pour chaque établissement. Elle y réalise surtout des mandats prophylactiques (vaccination, dépistage des troubles auditifs, prévention et traitement de la pédiculose, etc.).

La situation d'intervention

L'intervention présentée ici s'inscrit dans une stratégie de dépistage des problèmes auditifs. Plus spécifiquement, il s'agit de cibler les enfants suivis en orthopédagogie afin de déterminer si leur difficulté de langage n'est pas liée à un problème auditif jusqu'alors insoupçonné. À l'aide d'un appareil produisant des sons, l'infirmière exécute, auprès d'un petit garçon dans ce cas-ci, un balayage sonore. Le dépistage révèle effectivement une légère carence auditive pour une oreille. L'infirmière contacte sur le champ la mère pour l'informer qu'elle recevra le soir même par son enfant une feuille les invitant à consulter un audiologiste. Les résultats ne sont pas présentés en détail à la mère, ni à l'enfant. L'infirmière les rassure sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une carence importante. L'enfant signale, à la demande de l'infirmière, qu'il a à l'occasion des maux de tête. L'infirmière ne creuse pas cette question, faute de symptômes évidents pour le moment.

Figure 16

Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 9 : infirmière scolaire (primaire)



Le schéma spécifique

Un peu à l'image de l'intervention, le schéma est simple. Il se fonde sur une principale disjonction, soit répondre strictement à la demande organisationnelle de *dépistage* et au possible premier du nursing, soit *voir autre chose*. Cet *autre chose*, en l'occurrence le *mal de tête*, prend sens par le fait que l'infirmière *ne pose de diagnostic*. Le *dépistage* comme tel réplique d'une certaine façon ce dernier sème, puisque *faire la technique* comme passage au médical (*référer*), comme *suivre le protocole*, s'articule à cette possibilité d'un *problème* révélé par le *dépistage*, et ce qu'il soit immédiat ou périphérique à l'objet premier de cette activité. Ce qui résume bien cette intervention est l'énonciation par l'infirmière du mandat organisationnel, soit *assurer que l'enfant ne soit pas en ortho pour un problème d'oreilles*.

L'interprétation du schéma spécifique

La logique sociale présente dans le récit de cette intervention articule le mandat organisationnel de *dépistage* à un mandat professionnel de veille diagnostique. En pratique, l'infirmière voit, puis réfère, et son intervention première est mécanique, soit *faire sa technique*, entendue comme l'application d'un *protocole* dont l'infirmière compétente suit l'évolution, le *changement*. Il y a ici une tension entre le prescrit et le possible, résolu en grande partie par la division du travail médico-sanitaire. Cette infirmière ne cherche pas à transcender son action par la revendication d'une meilleure reconnaissance de la part relationnelle dans son travail. Cela peut s'expliquer par la tâche même, soit un *dépistage* très spécifique et protocolarisé, et par son client, un jeune enfant de 8 ans qui ne formule aucune demande spécifique. La relation est ici strictement instrumentale, de façon à établir une confiance suffisante pour engager l'enfant à se conformer aux étapes de la réalisation des activités prévues au protocole. En outre, la détection du problème n'est pas une occasion d'enseigner auprès de la mère ou de l'enfant. L'infirmière donne à ces deux derniers moins un résultat, avec les conseils inhérents, que la suite d'un protocole qu'ils devront réaliser, en l'occurrence rencontrer le médecin spécialiste.

L'interlocutrice no. 10 : infirmière en santé et sécurité au travail

Cette infirmière œuvre au sein de l'équipe de santé et sécurité au travail. Cette équipe a un statut particulier au sein de l'organisation dans la mesure où son intervention ne répond pas directement à des demandes individuelles provenant de la population mais bien à des

demandes provenant d'entreprises ou de syndicats. L'intervention s'arrime à différents programmes de prévention-promotion auxquels sont associés des financements distincts. Au sein de cette équipe, la collaboration interprofessionnelle s'effectue avec des chimistes, des ingénieurs, des biologistes. Bien que de nombreux contacts ont lieux avec l'ensemble des employés du C.L.S.C., cette équipe apparaît quasiment comme étrangère de l'intérieure. Il faut noter l'absence de travailleuses sociales au sein de cette équipe.

La situation d'intervention

L'infirmière a fait parvenir à plusieurs entreprises une offre de service portant sur de courtes formations adaptées aux besoins spécifiques de chaque entreprise. Une entreprise très hiérarchisée⁷⁹, constatant un taux très élevé d'épuisement professionnel au sein de ses équipes de travail, la sollicite pour effectuer une série de formations sur ce thème. Préalablement, l'infirmière a rencontré le bureau de direction et des employés choisis par ce bureau pour établir plus finement la demande. Il est à noter que le syndicat ne participe pas formellement à cette rencontre.

Chaque formation de trois heures, offerte à chaque équipe de travail, est co-animée par un employé de l'organisation, désigné et formé comme pair aidant. Cet employé n'a pas un rôle déterminant dans la formation. La locutrice nous rend compte à l'occasion de l'entretien de recherche de l'une de ces formations. Celle-ci se déroule en trois temps principaux. Un premier, le plus informel et le plus volumineux des trois, se compose d'activités pédagogiques visant à favoriser l'expression du point de vue des employés concernant le problème de l'épuisement professionnel au sein de l'organisation. Au second temps, l'infirmière présente des acétates thématiques, initialement conçus comme formant le cœur de la formation. Dans les faits, cette section en est la partie congrue. Enfin, la formation comporte un dernier temps axé sur les solutions, dont le support organisationnel offert par le C.L.S.C. à une équipe de pairs aidants en formation. Alors que la rencontre se déroule normalement, un employé fait basculer le tout vers la fin de la rencontre alors qu'il permet à un conflit latent d'éclater au grand jour. Délégué syndical, cet employé apostrophe le chef d'équipe présent en lui signalant que la cause première du taux d'épuisement professionnel dans cette

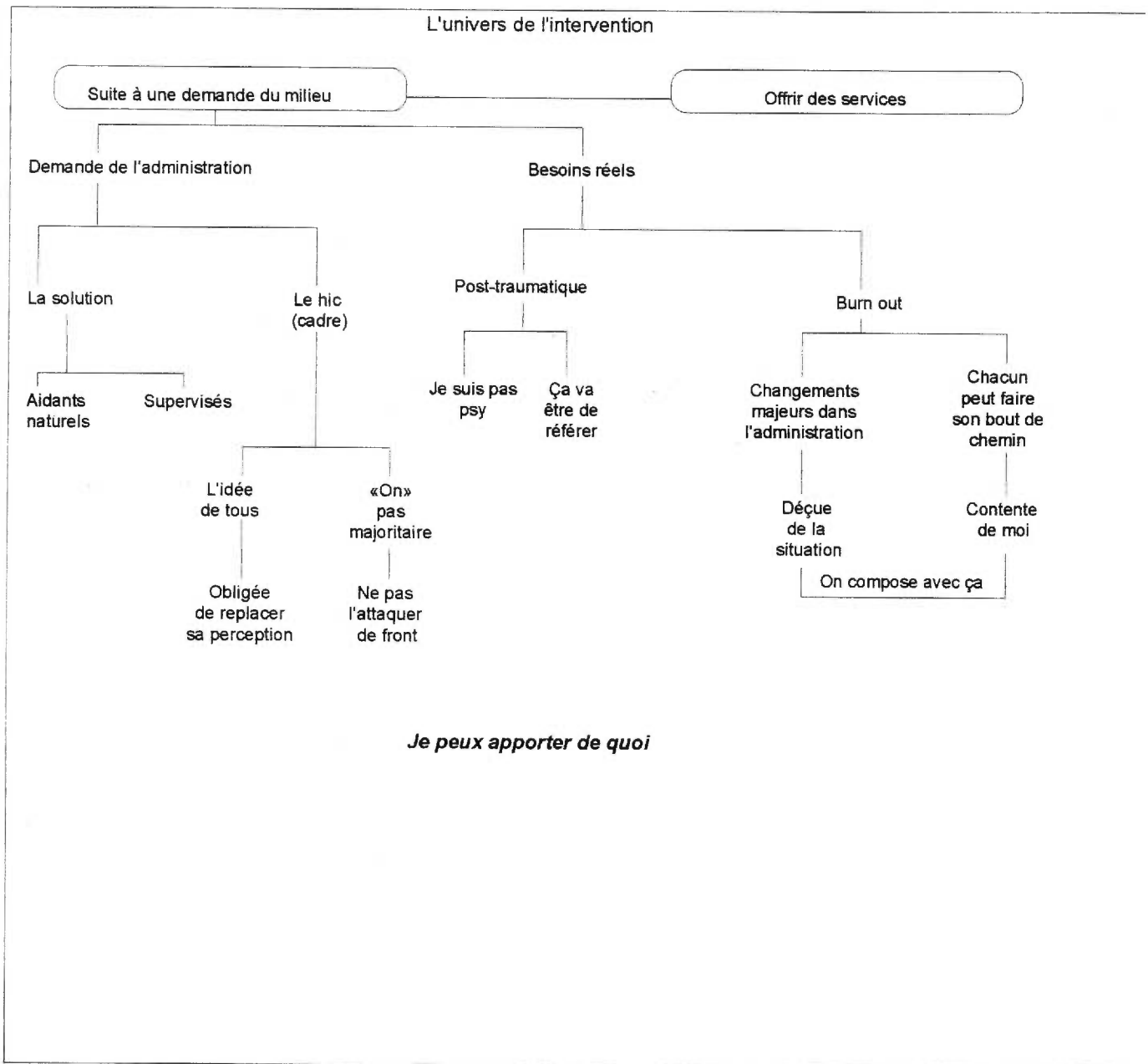
⁷⁹ À la demande de l'interlocutrice, il est impossible ici de préciser de quel type d'entreprise il s'agit. Ainsi, cette mise en situation sera volontairement plus floue.

organisation réside d'abord en des vices structureaux. S'en suit un débat avec le cadre sur les sources de l'épuisement professionnel, le cadre l'assimilant à une dépression d'origine personnelle, et le syndicaliste à des problèmes organisationnels. L'infirmière se sent obligée de rectifier la vision trop personaliste du cadre, sans pour autant risquer de se le mettre à dos. La situation est tendue et délicate. Du point de vue de l'infirmière, ce débat sur les causes de l'épuisement professionnel dans cette organisation vient détruire en quelques secondes l'ensemble de son travail.

Globalement, la formation ne vise pas le dépistage de l'épuisement professionnel ni son traitement. En outre, compte tenu du travail des employés en question, sujets à vivre des traumatismes, il ne s'agit pas non plus d'une activité visant à les outiller à l'égard de tels traumatismes potentiels qu'ils pourraient vivre dans le cadre normal de leur travail.

Figure 17

Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 10 : infirmière santé et sécurité au travail



Le schéma spécifique

Le sème premier qui donne sens à l'intervention est la conjonction de *faire suite à une demande du milieu/offrir des services*. En fait, l'intervention met en scène deux organisations dont l'une exprime un besoin et l'autre formule une offre de services. Cette conjonction pose de nombreuses conditions pratiques à la réalisation de l'intervention. Mais ce sème, s'il est premier au plan logique, n'est peut-être pas le plus immédiatement signifiant. *Faire suite à la demande du milieu* prend véritablement sens en regard de la disjonction *Demande de l'administration/besoins réels*. Cette disjonction explique en quelque sorte une double stratégie d'intervention, l'une centrée sur la dimension organisationnelle de la demande, l'autre sur la dimension psychologique de l'épuisement professionnel, qu'incarnent des cas spécifiques. Au plan de la demande officielle, l'infirmière présente *la solution* proposée par l'administration, en collaboration avec le C.L.S.C. Il s'agit de mettre sur pied une équipe de pairs aidants et des mécaniques collectives de gestion des stress post-traumatiques inhérents à la tâche de ces travailleurs et travailleuses. Mais cette solution organisationnelle se heurte à une difficulté inattendue, révélée par les critiques du représentant syndical : il y a un *Hic*, le cadre a une vision inadéquate du problème en regard de la situation décrite et des solutions proposées. L'infirmière tente de *replacer sa perception*, notamment sa propension à généraliser sur la base de son expérience individuelle. Bien qu'elle tente de le faire, elle ne peut se permettre de participer au conflit qui prend jour. Elle ne veut ni ne peut *attaquer de front* le cadre sur cette question.

Le sème qui permet de donner sens à l'objet même de la rencontre, le *burn out*, se problématise comme une négation qu'il faut d'abord neutraliser par une activité de reproblématisation collective. Il faut en outre clarifier l'idée que l'épuisement professionnel n'est pas le choc post-traumatique, au moins dans le cadre de cette formation-ci. S'il s'avérait que la stratégie pédagogique révèle une situation de crise, elle n'est *pas psy*, il lui faudrait alors *référer*. Tant le post-traumatique que la souffrance morale découlant d'un épuisement professionnel ne sont plus de son ressort ; il ne s'agit plus d'une affaire strictement nursing, au surplus d'une affaire nursing dans le cadre d'un service de santé et sécurité au travail.

Quant à l'épuisement professionnel, l'intervention prend finalement sens, au terme de la formation, par une disjonction importante entre les *changements majeurs dans l'administration* et

le *bout de chemin* que chacun peut faire, cheminement auquel peut contribuer l'infirmière. Ce faisant, les possibles de son action sont tracés. Le premier terme du sème est un intrant, un imprévu, mais aussi un objet de lutte symbolique dépassant largement le cadre de son action, lutte à laquelle elle participe *a minima*, à la hauteur de ses moyens. Le conflit l'a spontanément *déçue*. Mais en regard de cet intrant inattendu, sa conception première de l'intervention, à l'occasion de laquelle *chacun peut faire son bout de chemin* pour éviter la pathologie, lui procure néanmoins une certaine satisfaction.

L'interprétation du schéma spécifique

L'entretien de recherche a une double structure articulant deux conceptions du travail, l'une fondée sur une réponse à la demande officielle, l'autre sur une réponse aux besoins réels. La solution officielle semble *a priori* s'opposer sémantiquement aux solutions réelles qui émergent de la formation. Les changements structuraux et les petits pas que chacun peut faire ne sont donc pas de même nature. En effet, les seconds peuvent s'arrimer à la solution officielle alors que les premiers s'y opposent, terme à terme. Et ce à un point tel qu'ils donnent sens à l'ensemble de la formation, un sens subjectif de quasi-échec du point de vue de l'infirmière. Néanmoins, à cette première impression subjective s'ajoute une impression plus rationnelle de demi succès. L'infirmière partage finalement le point de vue du représentant syndical, sur l'importance des déterminants organisationnels de la pratique dans cette situation organisationnelle d'épuisement professionnel systémique, mais estime que, dans les circonstances, l'articulation de la solution officielle à sa théorie des petits pas individuels est légitime et somme toute efficace. Le *je peux apporter de quoi* traduit selon nous fort bien cette intériorisation des limites de l'intervention et de la volonté d'agir : il est possible d'agir sur les comportements et attitudes, mais de façon modeste puisque l'intervenante est objectivement extérieure à la situation. Il faut alors *composer avec ça*, naviguer à vue dans l'aire des possible. Voilà sans doute l'expression forte d'une condition praxéologique fondamentale de l'intervention.

7.2 Les schèmes spécifiques pour les travailleuses sociales

L'interlocuteur no.11 : travailleur social en première ligne (1)

Travailleur social en milieu de carrière, cet intervenant est considéré comme très actif au sein de l'organisation. Il accepte divers mandats organisationnels qui l'ont un peu éloigné de la

pratique. Il ne se revendique pas d'une approche spécifique, quoiqu'il se présente comme un travailleur social peu psychologisant. Il travaille auprès de parents d'adolescents, ce qui l'amène à rencontrer des adolescents à son bureau du C.L.S.C.

La situation d'intervention

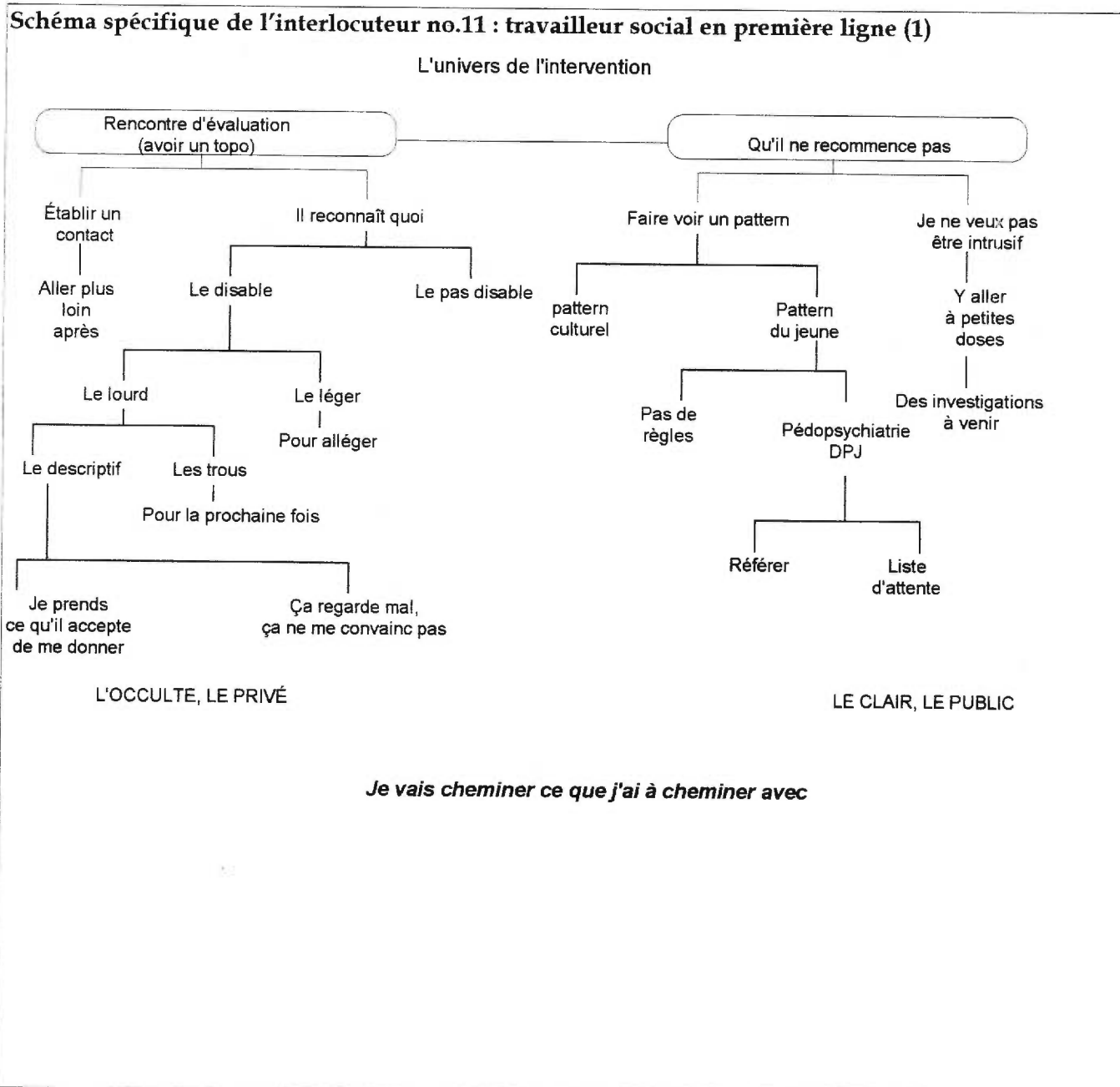
Dans ce cas-ci, une mère a consulté pour son garçon de douze ans qui a «des comportements ...on va dire inappropriés», mais qui, par ailleurs, ne présente pas d'autres problèmes de comportement ni en famille, ni à l'école. Les parents de deux jeunes filles ont en effet porté plainte pour attouchements sexuels, et la mère a surpris son garçon faisant ce qui serait une fellation à un ami de six ans. Le travailleur social a d'abord rencontré la mère qui lui a présenté l'ensemble des faits. L'intervention présentée lors de l'entretien de recherche est la première rencontre avec l'adolescent. La mère est d'origine haïtienne et le père de l'enfant est blanc, mais le couple ne vit plus ensemble. Le beau-père du garçon est présent à la rencontre, ce qui amène le travailleur social à vérifier fréquemment si la présence de cette personne indispose le jeune. Le but explicite de cette première rencontre était d'obtenir la version du jeune ainsi que des détails sur les événements. Dans les faits, l'objectif implicite était davantage de vérifier «qu'est-ce qu'il est prêt à me dire» pour ainsi sonder la présence ou non de remords, base sur laquelle pourrait s'édifier une intervention psychosociale. Il s'agit donc d'évaluer la situation et ses possibles correctifs.

Avant la rencontre, le travailleur social avait consulté sur dossier différents collègues. De leurs points de vue, divers possibles s'offraient à lui : une orientation en pédopsychiatrie, une orientation en Protection de la jeunesse ou l'établissement d'une relation clinique visant à normaliser les comportements. Au terme de la rencontre, le travailleur social délaisse l'hypothèse de la Protection de la jeunesse, estimant le cas insuffisamment grave pour un signalement immédiat. Quant à l'hypothèse pédopsychiatrique, la longueur des délais d'attente est telle (environ une année) qu'il entrevoit la possibilité de poursuivre la relation clinique, au moins pour un temps, comme une alternative raisonnable au peu de disponibilité des services.

Après une discussion informelle de plusieurs minutes avec l'adolescent et son beau-père, la rencontre s'ouvre, à l'initiative du travailleur social, sur la question suivante : «Pour quelle

raison que tu es ici ?» Le jeune donne alors sa version des événements. L'essentiel de la rencontre vise alors à favoriser l'expression des faits, notamment par une technique de description précise de la mise en scène de l'événement impliquant le garçon de six ans. Au terme de l'exercice, dans lequel s'intercalent des moments d'allègement, le travailleur social identifie «des trous» dans le récit du jeune, sans toutefois les nommer avec précision. Il lui donne comme devoir de réfléchir à ces trous, et lui demande de les combler lors de la prochaine rencontre.

Figure 18



Le schéma spécifique

La disjonction principale porte sur l'objectif de la rencontre. Il s'agit d'un objectif court terme, *avoir un topo*, qu'il faut lire en regard d'un objectif clinique de moyen terme, soit *qu'il ne recommence pas ses activités sexuelles répréhensibles*. Ces deux termes de l'objectif se réalisent concomitamment lors de cette première rencontre. Le premier terme de la disjonction principale poursuit une double finalité pratique, l'une d'*établir un contact*, l'autre de vérifier *ce qu'il reconnaît*. Cette reconnaissance est un indice important dans l'établissement d'une orientation future. Le fait de reconnaître *a minima* les faits présage d'une certaine bonne volonté, fondement de la relation thérapeutique. Mais le travailleur social pose les limites de cette stratégie en reconnaissant le *disable* et le *pas disable*, le *lourd* et le *léger*, le *descriptif* et les *trous* de la narration du jeune. Le *descriptif* est accepté en tant que tel, bien qu'il apparaisse insuffisant ; identifier les *trous* constituait la limite pratique de cet objectif d'évaluation, pour une première rencontre. Cela permet d'inscrire la rencontre dans un processus, dans une durée au cours de laquelle il sera impératif de combler ces *trous*.

Le second terme de la disjonction principale implique le choix d'une modalité d'action. Cette modalité est moins clinique qu'organisationnelle et politique puisqu'il s'agit d'orienter le jeune sur le bon aiguillage. Tout au long de l'intervention, le travailleur social cherche à établir le chemin le plus adéquat pour le jeune, compte tenu de la problématique sociale présente dans la situation. Mais cette orientation adéquate est moins le fait d'un diagnostic clairvoyant que celui d'un travail d'adéquation de la lecture clinique de la situation aux possibles organisationnels et juridico-politiques. Il semble en outre que le problème du jeune procède d'un *pattern*, *culturel* ou *personnel*. Ce *pattern* commande-t-il une action en *pédopsychiatrie* ou en *Protection de la jeunesse* ? S'agit-il d'une simple *absence de règles* au sein du milieu familial, auquel cas la relation clinique apparaît comme la solution la plus adéquate. S'il lui semble clair qu'il n'y ait pas d'indicateurs nécessitant la mobilisation de la Protection de la jeunesse, le jugement du travailleur social est plus hésitant quant à l'orientation vers la pédopsychiatrie. Il faut peut-être *référer*, mais la *liste d'attente* est telle qu'il est possible et légitime de courir le risque de tenter d'établir une relation thérapeutique, et de faire ainsi un *bout de chemin*. D'ailleurs, la phrase qui représente le mieux le sens du récit est : «Je vais cheminer ce que j'ai à cheminer avec».

Il faut enfin noter que le travail d'orientation et de classement, qui pourrait impliquer une action éventuellement très intrusive, s'oppose, terme à terme, avec le désir professionnel du travailleur social de ne pas déployer une intervention par trop intrusive. L'intervention se déroulera alors à *petites doses*, selon les informations que procureront les *investigations à venir*.

L'interprétation du schéma spécifique

L'occulte et le clair sont au cœur de ce schéma. L'action première du travailleur social vise l'élucidation de la part d'ombre dans le discours du jeune. Mais en regard de cette part d'ombre se trouve du côté du travailleur social une action occultée, soit une action d'orientation. La fonction sociale du travailleur social, et la conscience qu'il en a, sont ici au premier plan et impliquent la disjonction *privé/public*. Pour cette intervention, la demande implique une telle problématisation sociale, soit l'abus sexuel auprès de jeunes enfants, que l'intervention du travailleur social ne peut s'émanciper des mandats publics qu'il porte professionnellement. Le relationnel un peu plus *privé*, et notamment privé du regard de la Protection de la jeunesse, est ici assujéti à ces exigences sociales. Cependant, l'espace des possibles, s'il est marqué du coin de l'État, demeure en partie ouvert, notamment par les failles du système. C'est pourquoi l'intervenant peut se permettre de donner du temps au temps, de *cheminer ce que j'ai à cheminer avec*. Pour ce faire, le travailleur social maintient la relation (étapisme, va-et-vient entre le lourd et l'allégé, entre le formel et l'informel, etc.). Il gère alors un risque juridique et psychiatrique, tout en ne postulant pas qu'il faille mettre en priorité l'action relationnelle et humaniste en regard de l'action juridico-politique de l'État. Lorsque les limites du relationnel légitime seront atteintes, l'intervention passera en mode public (parajuridique ou médical). La relation clinique s'inscrit alors dans une durée, mais une durée balisée par les exigences des impératifs sociaux.

L'intervenant pouvait-il élucider l'ensemble des objectifs de l'intervention sans risquer de briser la relation naissante ? Il est probable qu'il ne le pouvait, dans la mesure où il s'agit là d'une condition incontournable de la pratique professionnelle, soit de composer avec des possibles d'une telle complexité que le désir de transparence peut s'avérer contre-productif, voire naïf. Le caractère stratégique du travail dans les métiers relationnels est après tout partie de la tâche.

L'interlocuteur no.12 : travailleur social en première ligne (2)

Ce travailleur social d'expérience est reconnu par ses pairs pour son expertise clinique. Ainsi, cas lourds et récalcitrants lui sont parfois référés. Il œuvre au sein de l'équipe de première ligne et offre des formations sur les grands principes du case work à diverses catégories de personnel du C.L.S.C. Il se caractérise notamment par un usage systématique et revendiqué de méthodes psychothérapeutiques précises, dont la *reality therapy*, ainsi que l'hypnose ericksonnienne. Il utilise de façon systématique des outils systémiques, notamment un tableau représentant l'organisation familiale des clients. Enfin, il est connu comme l'un des principaux promoteurs de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux au sein de l'organisation.

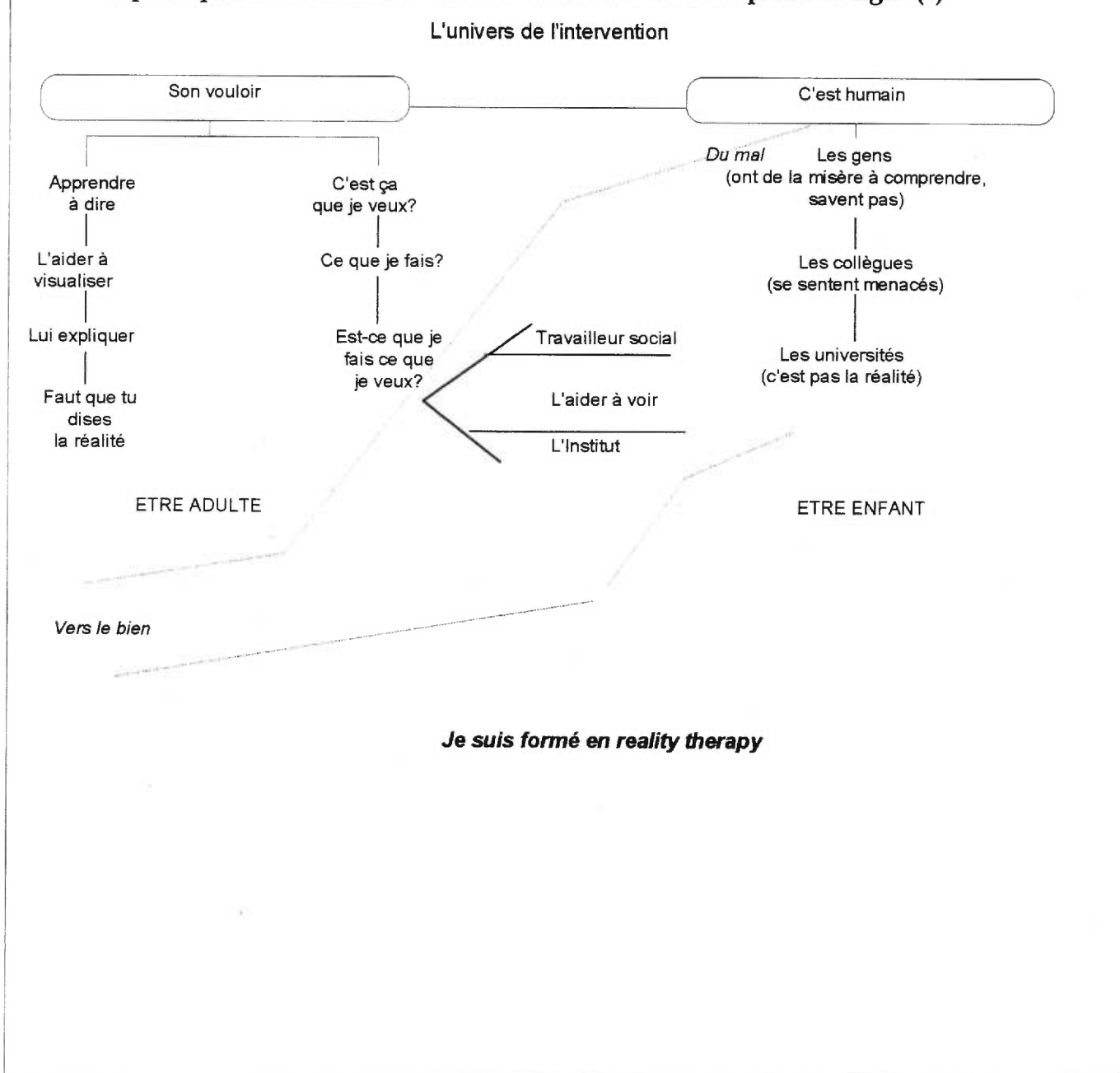
La situation d'intervention

La demande provient d'une dame de 43 ans vivant des difficultés familiales : son conjoint cherche à la contrôler et ses enfants adoptifs, jeunes adultes, la manipulent. Cet état de fait provoque en elle une grande colère qui se traduit par des fuites du foyer familial. Ses comportements se heurtent à son désir de néanmoins entrer en relation véritable avec ses enfants. Dès le début de la rencontre, une charge émotionnelle importante est perceptible par ce que son corps exprime. Le travailleur social ouvre la discussion avec la question «Comment vas-tu ?». La cliente se met alors à pleurer, la rencontre «enclenche» par une longue présentation des difficultés vécues au cours de la semaine précédente. Comme il s'agit d'une troisième rencontre, les objectifs d'intervention ont été établis et écrits au tableau, accompagnés d'un schéma familial représentant les liens, conflits et patterns identifiés lors des rencontres précédentes. Cette cliente, forte consommatrice d'ouvrages de croissance personnelle, connaissait *a priori* la *reality therapy*. Le reste de la rencontre vise à expérimenter cette méthode fondée sur trois questions : «Que veux-tu ? Que fais-tu ? Est-ce que tu fais ce que tu veux ?» L'objectif ultime de cette méthode est de transformer l'enfant qui cherche à fuir la situation problématique, qui fait des colères, qui pleure, en un adulte responsable capable de focaliser sur ses propres besoins et objectifs. Le travailleur social travaille donc à ce que la cliente exprime *son vouloir*. Pour ce faire, il pose avec insistance les trois questions et utilise diverses analogies (petits boutons rouges représentant des problèmes) et allégories (celle du corps qui ne fonctionne plus) pour faire émerger à la conscience de la cliente les qualités et la nécessité de l'adulte désiré. La rencontre se conclut sur un résumé des faits

marquants de la rencontre. En outre de ce récit d'une intervention spécifique, le locuteur a effectué de longues digressions sur le sens de son travail, de son rapport avec les collègues, avec les universités et, enfin, sur les instituts promoteurs de la *reality therapy* et de l'hypnose ericksonnienne.

Figure 19

Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 12 : travailleur social en première ligne (2)



Le schéma spécifique

La tonalité générale de l'entretien de recherche frappe l'esprit *a priori*. L'interlocuteur aborde clairement l'intervention spécifique comme un cas de figure de catégories générales. Cette cliente concrète est fréquemment occultée dans le récit par la catégorie *les gens*. Malgré de nombreuses pétitions de principes humanistes, le travailleur social est parfois sévère quant aux ressources des *gens*. Ils sont *malhabiles, ne savent pas, sont trop souvent enfant*. S'ajoute à ce regard critique porté sur les *gens*, un regard tout aussi critique, voire négatif, sur la société, qui infantilise, sur les universités, qui n'expriment pas la réalité, sur les collègues, qui se sentent menacés par ses méthodes de travail. Mais en regard de ce mal, que le travailleur social estime comme une caractéristique humaine (*C'est humain*) se trouve la possibilité ontologique d'un individu de s'émanciper par la force de sa volonté. Là se trouve l'opposition structurante de l'ensemble du discours du locuteur. Aux faiblesses de *l'humain*, enfant refusant d'être adulte, s'oppose un *vouloir* potentiel, une volonté personnelle, en l'occurrence celle de la cliente. Cette disjonction est d'une telle prégnance que l'ensemble du schéma spécifique proposé s'y résume. Elle permet en outre de donner sens aux longues digressions non sollicitées par l'interviewer sur les thèmes de l'université, des collègues, etc.

Le *vouloir* de la cliente se constitue d'une disjonction secondaire, opposant l'intervention du travailleur social (*l'aider à, lui expliquer, faut que...*) aux trois grandes questions que pose la *reality therapy*. Le travailleur social se pose alors en passeur, se proposant d'aider la personne à quitter la rive de *l'enfance* pour atteindre celle de *l'adulte*. Son allié principal est *l'Institut*, soit l'école faisant la promotion de la méthode suivie. Ainsi, l'énoncé qui caractérise le mieux cette intervention est *Je suis formé en reality therapy*. Il exprime le focus exercé par le travailleur social sur une méthode spécifique, elle-même sous-tendue d'une vision du monde.

L'interprétation du schéma spécifique

Mais quel sens accorder à l'importance de cette méthode dans l'intervention du travailleur social, alors que ses collègues se revendiquent plutôt d'un éclectisme méthodologique le plus souvent implicite ? Nous pensons que la disjonction *son vouloir/c'est humain* exprime une posture axiologique forte de l'intervenant, celle de la responsabilité individuelle, traduisant elle-même une vision du monde où le bien et le mal s'affrontent. L'intervention est alors une action normative sur la cliente, *l'aider à voir*, à l'encontre d'une société négative et

infantilisante et d'une inhabilité des gens à s'émanciper de son emprise. Le caractère général des énoncés, la disjonction première, les analogies et allégories naturalistes nombreuses ainsi que l'interventionnisme du travailleur social qui pose avec insistance les questions de la *reality therapy*, et qui s'assure que les réponses soient données, tranchent avec les postulats humanistes forts qu'il énonce fréquemment. La personne établit ses objectifs, faits ses choix, mais le travailleur social estime qu'elle doit apprendre, qu'il faut l'aider à voir en elle cet enfant qui ne veut devenir adulte. Interventionnisme et humanisme sont-ils réconciliables en de telles circonstances? S'agit-il d'une condition praxéologique de toute intervention? Le travailleur social a beau estimer un changement nécessaire, si le client ne veut pas changer, rien est possible. Peut-on alors considérer l'humanisme explicite comme une instrumentalisation de la relation en vue d'une action axiologique plus efficace? Se pose alors la question de la légitimité de cette action très normative. Nous pensons néanmoins que ce locuteur exprime avec la transparence que lui permet son statut et son expérience un rapport à la normalisation intrinsèque à nombre de pratiques des travailleuses sociales.

L'interlocuteur no.13 : travailleur social en première ligne (accueil)

Ce travailleur social en début de carrière a complété une maîtrise en travail social. Membre de l'Ordre, il se réfère aux grands principes méthodologiques tels qu'enseignés dans les écoles de service social. Il travaille en première ligne et, quelques jours par semaine, travaille plus spécifiquement à l'accueil psychosocial.

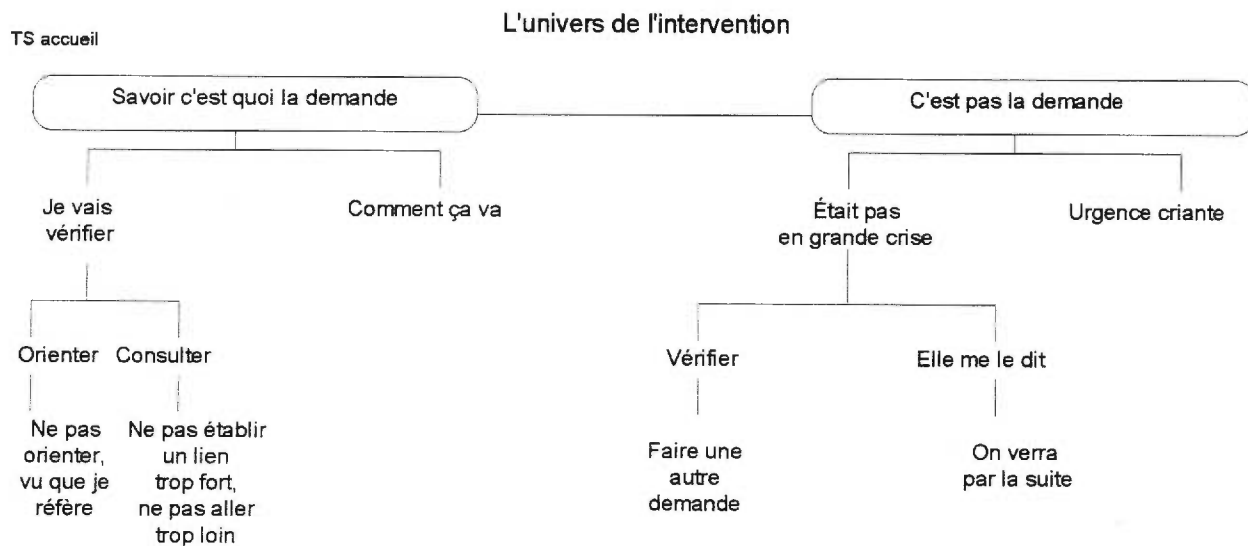
La situation d'intervention

Une jeune femme a fait une demande de suivi psychosocial parce qu'elle a peine à se relever émotivement de la mort par suicide de son père il y a quelques mois. Celui-ci menaçait de se suicider depuis des années; il s'agirait d'une stratégie de manipulation visant à forcer la pérennité de son couple. Le travailleur social cherche dans un premier temps à évaluer la gravité de la situation. La cliente ne présente pas d'indices laissant croire qu'elle serait en crise. Elle dort bien, contrôle ses pleurs, etc. Cependant, la courte discussion avec la cliente permet au travailleur social de soulever l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un pattern familial, puisqu'elle-même vit avec un homme manipulateur, un peu à l'instar de son père. Mais il ne s'agit pas de la demande formelle. Elle pourra éventuellement creuser cette question une fois le processus de deuil accompli. Compte tenu de la liste d'attente au C.L.S.C., de la nature du

problème, du niveau d'urgence, et de la présence d'une ressource appropriée à l'externe, le travailleur social la réfère à une ressource spécialisée à l'externe.

Figure 20

Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 13 : travailleur social en première ligne (accueil)



À l'accueil, c'est...

Le schéma spécifique

Le sème principal qui structure le récit de cette intervention porte sur le sens de la demande. Il y a, d'une part, la demande explicite, soit le suivi de deuil, et, d'autre part, une demande émergente, soit un suivi permettant à la cliente de faire un bilan de sa vie amoureuse. Quant à la demande initiale, le travailleur social *vérifie* la nature de la demande et *oriente* le plus efficacement possible la personne vers la ressource la plus appropriée. Cette vérification se pose en conjonction avec *Un comment ça va* formel permettant à la personne de formuler en ses propres mots son problème. Une fois la demande orientée, que ce soit à l'interne ou à l'externe, il importe de ne pas *interférer* avec les ressources déterminées ni d'*établir un lien trop fort* avec la cliente de façon à ne pas créer d'attentes que sa position à l'accueil ne lui permettra pas de rencontrer en une si courte entrevue.

La demande qui émerge, le besoin qui s'explique, mobilise un certain temps le travailleur social. S'agissait-il alors d'une *urgence* criante ? Non. En cas contraire, il se serait mobilisé pour l'orienter en tenant compte du caractère urgent de la nouvelle demande formulée en cours d'évaluation. Il *vérifie* néanmoins la demande implicite, l'évalue, indique à la cliente qu'elle peut *faire une autre demande* ou *voir par la suite* si le besoin est réel.

L'interprétation du schéma spécifique

Ce focus sur la demande initiale et sur l'évaluation de l'urgence d'une demande émergente réfère évidemment à une contingence organisationnelle. À l'accueil, c'est comme ça qu'on travaille. Mais ce caractère organisationnel nous apparaît aussi comme un invariant praxéologique dans la mesure où toute agence prévoit un mécanisme d'accueil fondé sur un classement de la demande explicite, puis une évaluation de l'urgence, tant de la demande explicite que des besoins apparaissant à l'analyse. En outre, à toute étape de l'intervention, chaque professionnelle évalue en continu la qualité de l'orientation ainsi que le niveau d'urgence.

Le relationnel est ici au service d'une orientation efficace dans le système. Ainsi, l'intervention prend la forme d'une conjonction entre la fonction d'*orienter*, c'est-à-dire aiguiller la personne vers la ressource appropriée, et la fonction de *consultation* professionnelle où le problème fait l'objet d'un travail en propre par l'intervenant, notamment dans le but de régler ce qui peut

se régler sans engager plus avant des ressources. L'une et l'autre de ces fonctions se pensent ensemble puisque ce sont les deux aiguillages fondamentaux de l'intervention à l'accueil. Chacun des deux pôles implique ses propres limites. Pour l'orientation, il ne faut *pas interférer* avec l'action de la ressource qui, quoiqu'il en soit, sera différente de celle que le travailleur social entreprendrait. Cette interférence consisterait, par exemple, en la formulation d'un diagnostic ou l'établissement d'un plan d'intervention que la relation clinique se devrait de déconstruire ultérieurement. Pour la consultation, il ne faut pas que le lien s'établisse trop fortement, ou que le travail enclenche une dynamique trop fondamentale, puisque le but de l'intervention est précisément d'éviter une demande formelle ou d'orienter la cliente sur une autre ressource qui, elle, établira son lien de signifiante ; il faut néanmoins répondre à la demande de l'instant. Ces limites explicitées par le récit d'une intervention à l'accueil définissent de façon archétypique le travail à un poste *accueil*. Il est intéressant de souligner que ce travailleur social estime, avec force hésitation, que ce travail n'est pas tout à fait de l'intervention, qu'il définit spécifiquement par l'établissement d'un lien de signifiante, d'une action sur le problème, par la globalité de la mobilisation professionnelle.

L'interlocutrice no. 14 : travailleuse sociale de première ligne (3)

Travailleuse sociale en mi-carrière, elle travaille au sein du module de première ligne, avec une spécialisation en santé mentale. Elle revendique différents courants théoriques (*reality therapy*, analyse transactionnelle, hypnose) tout en avançant une méthodologie court terme centrée sur les solutions, et une posture idéologique vaguement «matérialiste», où les besoins primaires (alimentaires, vestimentaires, énergétiques, etc.) priment sur l'intervention psychologique. D'aucune façon faut-il estimer cette composition théorique comme l'égaré intellectuel d'une travailleuse sociale. À la limite, nous accepterions de discuter la question de l'égaré collectif des travailleuses sociales. Mais nous pensons plutôt que de telles compositions, qui peuvent varier d'une travailleuse sociale à l'autre par leurs contenus, caractérisent le regard théorique que portent les travailleuses sociales sur le social. La seule approche possible, dans cette perspective, est une forme d'éclectisme complexe qui permet aux travailleuses sociales de composer avec une pluralité de demandes qui, si elles convergent en pratique, divergent au plan théorique. Par exemple, elles devront réaliser des commandes institutionnelles complexes qui exigent à la fois l'application de programmes conceptuellement ancrés (ex. : fonctionnaliste-systémique), de politiques de régie interne

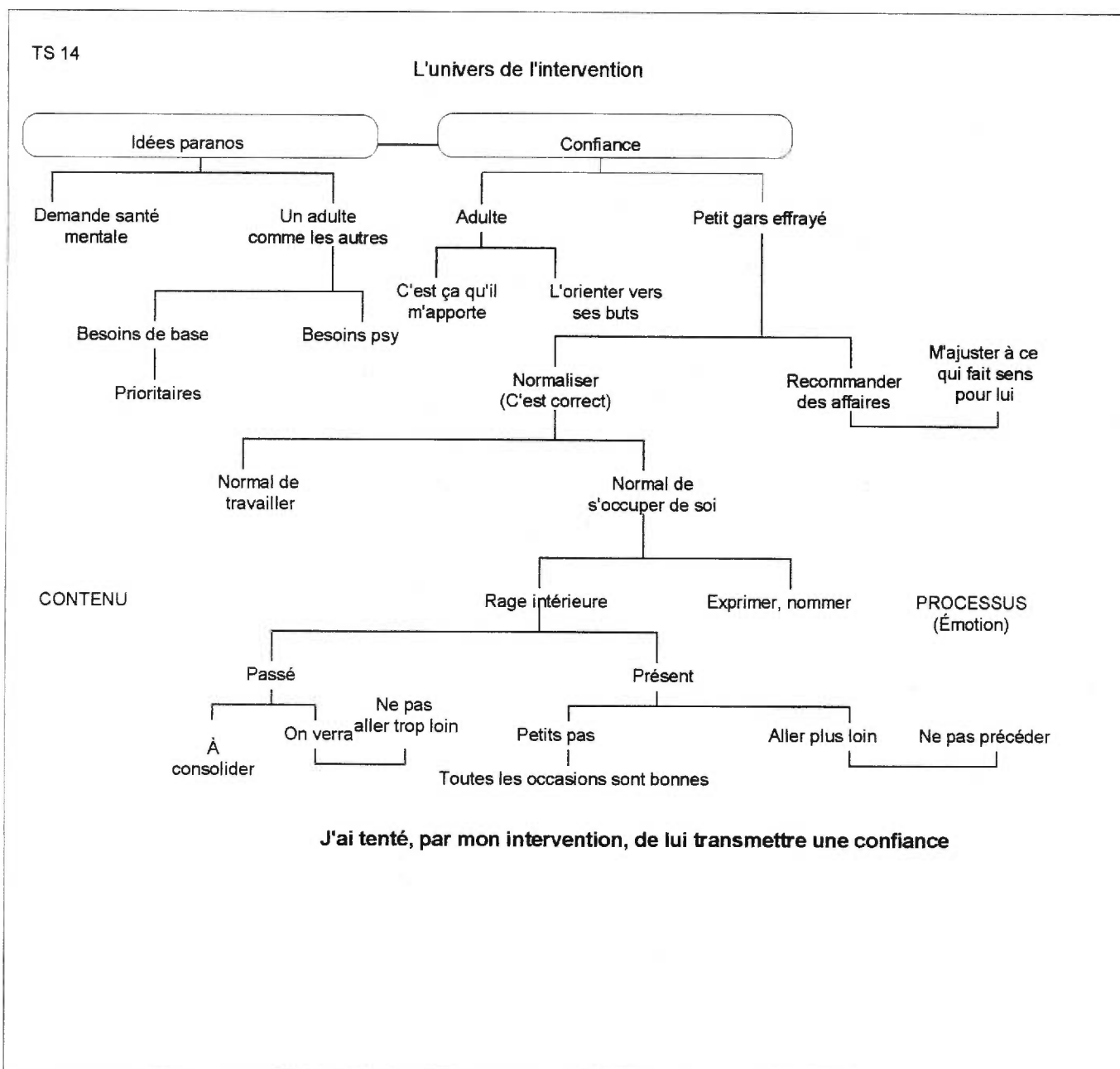
ayant un autre ancrage (ex. : management des relations humaines), et une rhétorique humaniste formelle, en regard des exigences pratiques de la souffrance du client, qui engage une psychologisation des actions, ainsi qu'un *ethos* professionnel et une formation disciplinaire qui valorisent une variété de réformismes sociaux. Plus fondamentalement, l'éclectisme n'est-il pas la seule approche possible dans un contexte dit postmoderne, et à plus forte raison pour un «objet», le social, qui atteint les plus hautes sphères de la complexité ?

La situation d'intervention

La demande provient d'un homme dans la quarantaine qui a des idées paranoïdes. Il en est à une deuxième demande, et donc à un deuxième suivi. Sa demande fut orientée vers la filière santé mentale. L'intervenante le reçoit à ce titre, mais considère qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un problème de santé mentale mais bien d'une demande de services généraux de première ligne provenant d'un «adulte comme les autres» ayant un problème d'estime de soi. La rencontre s'ouvre sur une question de la travailleuse sociale : «Qu'est-ce que tu as réglé depuis la dernière fois ?» Le client présente les progrès qu'il a fait, notamment le fait d'être capable de demander à son médecin qu'il soit évalué par un psychiatre. Cette décision est stressante pour le client puisqu'il craint de mettre le doigt dans un engrenage dangereux (étiquetage social, médication, voire institutionnalisation), tout en ayant le désir profond d'obtenir un diagnostic précis sur son état. L'essentiel de la rencontre porte sur ce thème, de façon à ce qu'il puisse voir les gains qu'il fera en s'affirmant de cette façon. Bien que la travailleuse sociale partage ses craintes quant à l'étiquetage social, et qu'elle affirme un scepticisme certain à l'égard de la psychiatrie, elle travaille avec le client cette future visite chez le psychiatre en mettant de l'avant l'idée qu'il est possible d'avoir un rapport «adulte» avec la psychiatrie et de surmonter ainsi ses peurs. La rencontre s'est conclue par un «résumé» effectué par la travailleuse sociale, résumé pendant lequel elle lui a reflété les progrès réalisés.

Figure 21

Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 14 : travailleur social de première ligne (3)



Le schéma spécifique

La disjonction fondatrice de ce récit se situe au niveau de l'interprétation de la demande. D'une part, la demande formelle prend sens par le fait que le client a des idées paranoïdes, et qu'il soit classé dans la filière *santé mentale*. Même si ces idées sont considérées dans la lecture que fait la travailleuse sociale de la situation, elle indique très tôt qu'elle souhaite faire une intervention relationnelle et humaniste avec ce client, fondée sur la croyance en son potentiel de prise en charge de sa propre vie. En regard du concept psychiatrique d'*idées paranos* se trouve le thème de la *confiance*, qui lui-même prend sens par la disjonction *adulte/petit gars effrayé* où l'*adulte* devient un objectif d'intervention, et le *petit gars effrayé* le symptôme de la pathologie. La travailleuse sociale indique d'ailleurs qu'elle a *tenté, par mon intervention, de lui transmettre une confiance*. S'ouvre alors un espace d'intervention normative cherchant à établir, voire à transmettre le *normal*. L'action de *normaliser*, au sens de refléter qu'un état, un comportement ou une attitude est normale, correct, s'oppose terme à terme à l'action de *recommander*. Mais cette action normalisante s'exprime ici avec prudence : on recommande de *vagues affaires*, tout en rappelant que l'intervention doit s'ajuster à ce qui fait sens pour le client. De plus, le travail de normalisation s'articule autour d'une contradiction apparente, où le normal sociétal («c'est normal de travailler») entre en tension avec le normal humaniste («c'est normal de s'occuper de toi», quitte à arrêter de travailler). La suite du schéma représente une série de codes narratifs que la travailleuse sociale articule tout au long de son récit. Ces codes découlent de l'évidence de la pratique et traduisent une tension fondatrice entre le *respect humaniste* et la *nécessité/désir d'intervenir* dans la vie de l'autre. Ainsi, si la rage intérieure du client se doit d'être extériorisée, et qu'il faut toujours aller plus loin en l'intériorité de la personne, il importe de ne jamais *la précéder*. Tout en faisant de *petits pas*, en saisissant *toutes les bonnes occasions* pour *aller plus loin*, il importe de ne pas dépasser la limite pratique du possible. De même, si la quête de l'intériorité demeure au centre de la relation thérapeutique, cette intrusion rétrospective se fera prudemment, dans le respect de la capacité émotionnelle du client.

L'interprétation du schéma spécifique

Cet univers de l'intervention traduit une logique sociale opposant d'une certaine façon l'instituant à l'institué. L'intervention s'oriente du côté de l'antipsychiatrie en se focalisant sur l'objectif premier de transmettre la confiance manquante au client. À plusieurs reprises, la

travailleuse sociale théorise, en cours de narration, sur sa propre pratique. Elle indique que les *contenus* (les diagnostic, l'étiologie, etc.) doivent laisser le pas aux *processus* du cheminement existentiel du client et de la relation clinique. Le cheminement existentiel se réalise sur la base de grands principes praxéologiques du case work : l'entrée en intimité, l'expression de l'intériorité, le retour au passé, l'étapisme, le respect des buts exprimés par le client, etc. Mais ces grands principes ont leurs revers, en grande partie occultés : le travail de prescription et l'engagement des clientèles dans un mode psychologique de résolution de problèmes, entre autres. Cette contradiction fondatrice du travail social, et des métiers relationnels selon des mesures diverses, ouvre un questionnement sur le statut du relationnel dans l'intervention. S'il n'est point permis de douter de la sincérité des intervenantes, peut-être est-il possible d'analyser cette contradiction à travers le prisme du *désir d'intervenir*, de cette *volonté d'intervenir* (Chauvière, 1997). Et si le relationnel n'était qu'instrument de ce *fait interventionniste* (Soulet, 1996) ?

L'interlocuteur no. 15 : travailleur social de première ligne (4)

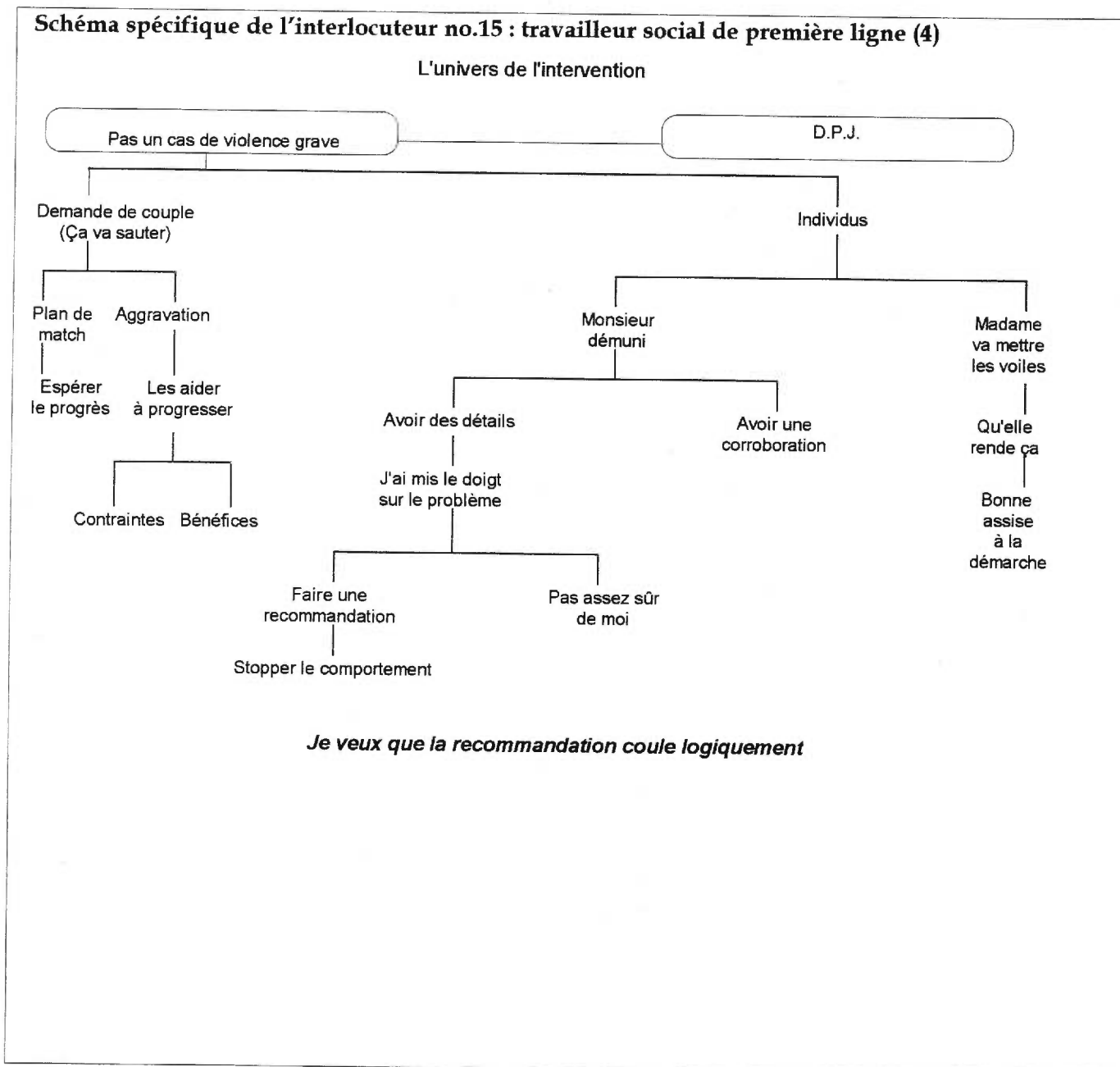
Ce travailleur social, en début de carrière, œuvre au sein de l'équipe de première ligne, avec une spécialisation en compétences parentales. Il ne se réfère explicitement à aucune école de pensée ou méthodologie d'action.

La situation d'intervention

La demande provient d'un couple dont l'homme frappe à l'occasion leurs trois enfants. Il ne s'agirait cependant pas d'enfants battus, mais bien d'un père qui «lève la main» pour «se faire obéir». Avant cette rencontre, soit la troisième d'une série, la conjointe a contacté par téléphone le travailleur social pour lui exprimer qu'elle quittera le foyer familial s'il n'y a pas d'améliorations prochaines quant à ce comportement. Comme il ne s'agit pas d'un suivi individuel, ni d'une thérapie de couple, le travailleur social pose comme condition à la poursuite du suivi que cette information soit explicitée lors de la prochaine rencontre. Ce qui fut fait. Cette information traduisait une certaine détérioration de la situation du couple et du comportement agressif qui apparut dans toute son ampleur en cours de rencontre. Le plan de travail conçu initialement par le travailleur social est alors mis de côté afin de répondre sur le champ à cet état d'aggravation. Il cherche d'abord à compiler les faits, à obtenir des

«corroborations de Monsieur» puis à émettre des «recommandations logiques» pour l'engager à court terme dans un changement de comportement.

Figure 22



Le schéma spécifique

L'entrevue s'ouvre d'emblée sur l'énonciation de la problématique de « violence » auprès des enfants et du jugement clinique qu'il porte à ce propos. Il s'agit de la disjonction fondatrice de la logique sociale exprimée par le récit du locuteur. Ainsi, un cas de brutalité envers des enfants ne peut se réfléchir qu'en regard des dispositions de la Loi de la protection de la jeunesse. Comme son jugement clinique lui laisse croire qu'il ne s'agit *pas d'un cas de violence grave* et, partant, que la situation n'exige pas la mobilisation des ressources de la Protection de la jeunesse, la suite du récit s'inscrit dans une perspective de *case work*. Ce relationnel clinique prend sens en regard soit d'une intervention ciblant le *couple* comme entité, soit d'une autre ciblant les *individus*, particulièrement Monsieur. Dans la perspective du couple, *ça va sauter* à court terme. Le *plan de match* est alors délaissé puisqu'il était fondé sur *l'espérance d'un progrès* depuis la dernière rencontre. Il lui faut donc passer en mode proactif, en leur présentant les *bénéfices et contraintes* d'une intervention davantage dirigée.

Mais en regard de la demande du couple se trouvent les demandes des individus. La conjointe exige une cessation complète et rapide du comportement. Cette demande n'est évidemment pas répondue directement ; elle devient plutôt condition de l'intervention auprès de Monsieur. Certes, il est établi que Monsieur est *démuni* en matière de modalités de respect de son autorité parentale. Mais le travailleur social cherche à obtenir des *détails* (le caractère factuel des événements) et une *corroboration* explicite (la signification des faits) par Monsieur. Détails et corroboration permettent l'établissement de *recommandations* qui « coulent logiquement » de la situation. Ces recommandations sont des outils cliniques favorisant un changement comportemental, à savoir *stopper le comportement* à court terme.

La menace de la conjointe de *mettre les voiles*, ainsi que l'exigence de l'intervenant *qu'elle rende ça* au cœur de la discussion clinique, sont tout au plus des éléments de contexte qui, si bien joués, servent de *bonne assise à la démarche*.

L'interprétation du schéma spécifique

Encore ici, la question de la demande sociale et de la gestion du risque sont au cœur de la pratique du travailleur social. Une fois l'impératif social écarté, en l'occurrence le respect de la Loi de la protection de la jeunesse et des principes qui la sous-tendent, le travailleur social se

mobilise pour répondre au besoin immédiat, soit de réduire la tension que vit le couple, tout en respectant le mandat initial, soit d'outiller Monsieur en matière d'autorité parentale adéquate. En outre, le travailleur social doit respecter le mandat organisationnel, soit de travailler en compétences parentales plutôt qu'en thérapie conjugale. Il ne s'agit pas, pour le moment, d'entreprendre une thérapie de couple, ni de s'occuper des angoisses, peurs et désirs des uns et des autres. Il s'agit clairement d'outiller Monsieur afin qu'il développe une autre modalité d'exécution de son autorité.

De plus, l'ensemble de cette intervention se déroule sous un mode positif, au sens épistémologique du terme. Il s'agit d'identifier le problème (détails et corroboration), de sorte que l'intervenant puisse mettre *le doigt dessus*, pour ainsi formuler des recommandations qui découlent logiquement de la problématisation qu'en fait le professionnel, afin de stopper un comportement observable. L'intervention se pose ici comme rationnelle, mais d'une rationalité pragmatique, c'est-à-dire qui découle des faits et observables du problème. Quant au relationnel, il est ici instrumental et ne fait pas l'objet de pétitions de principes humanistes. Il faut noter cependant que ce professionnel ne prend ni ne revendique la posture de l'expertise. La logique à laquelle il se réfère pour effectuer sa recommandation n'est pas scientifique, ni rationnelle-légale mais bien praxéologique. De la situation découle des évidences cliniques et pratiques qui commandent des interventions certes modalisées, mais dont la finalité apparaît commune à la variété de recommandations possibles.

L'interlocuteur no. 16 : travailleur social de première ligne (5)

Travailleur social dans la quarantaine, il s'agit pour lui d'une seconde carrière. Peu expérimenté, il est néanmoins reconnu comme un travailleur social dynamique dans son milieu. Il œuvre au sein du module de première ligne.

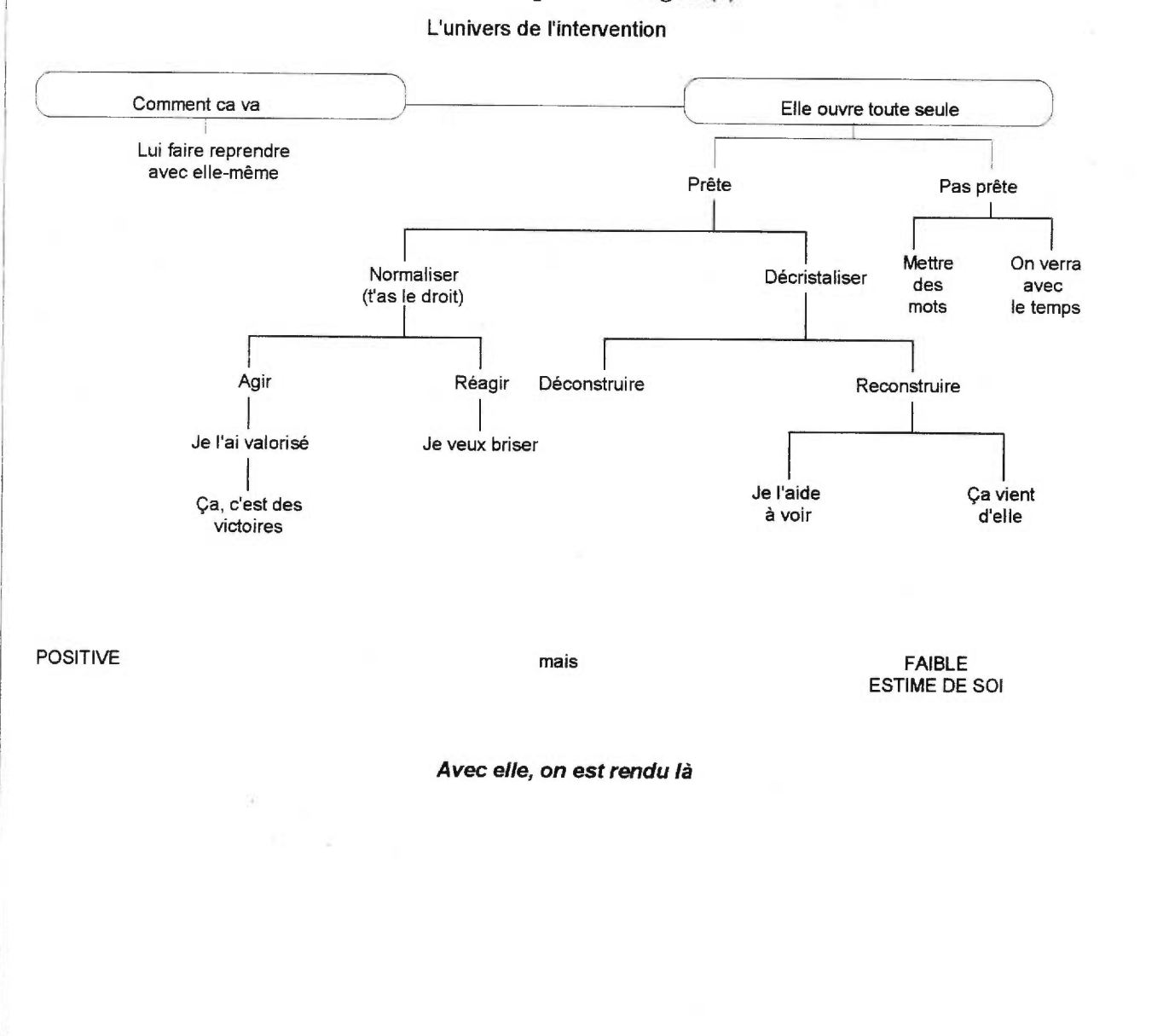
La situation d'intervention

La demande provient d'une jeune femme, mère de deux enfants. Elle vient consulter, à titre individuel, pour recevoir du support alors qu'elle traverse une période difficile dans sa vie de couple. Son conjoint désinvestit la vie familiale, quoiqu'il ne présente pas de comportements graves comme la violence conjugale, par exemple. Cette femme traverse une période dépressive pendant laquelle elle reconsidère ses choix de vie. La rencontre porta

principalement sur le sens que la cliente donne à ces événements. Le travailleur social écoute, reflète, mais surtout «décristallise», c'est-à-dire qu'il travaille avec la cliente à déconstruire ses problèmes de façon à les dédramatiser, à les relativiser, voire à les normaliser (toujours au sens de «c'est normal, correct, de...»). Cette quatrième rencontre d'une série n'avait pas d'objectif spécifique, si ce n'est de poursuivre le travail d'accompagnement, le temps que la cliente retrouve son équilibre. Ce n'est donc «pas un dossier...a priori...lourd». Le travailleur social emploie de façon non systématique des outils d'analyse transactionnelle, mais surtout nombre d'allégories, un peu à la manière d'un prédicateur.

Figure 23

L'interlocuteur no. 16 : travailleur social de première ligne (5)



Le schéma spécifique

L'univers de sens de l'intervention est ici strictement relationnel. Sa disjonction fondatrice consiste à déterminer qui initie la relation. Le fait que la cliente *ouvre toute seule* permet d'établir une relation thérapeutique fondée sur ce qui importe à la cliente. Cette ouverture indique en outre que la personne est sur la voie de sa propre reprise en main. Une ouverture structurée et initiée par l'intervenant aurait plutôt indiqué une nécessité de recentrage de la cliente sur ses besoins, ses objectifs, ses émotions. Mais malgré le fait que la cliente initie elle-même la relation spécifique à cette rencontre, elle indique, d'une façon ou d'une autre, des sujets, des lieux, pour lesquels elle est *prête ou non* à s'investir, donnant ainsi les thèmes que peut aborder le travailleur social, et ce de deux façons. D'abord, il lui exprime *qu'elle a le droit* d'être en colère, de pleurer, de quitter le foyer familial, etc. Cependant, bien qu'elle ait de tels droits, l'action de l'intervenant vise tout de même à discriminer les bons coups des moins bons coups. Ainsi, il *valorise* la volonté d'action de la cliente et travaille à *briser* ses comportements réactifs. En regard de ce travail sur le normal, se trouve donc un travail de *décrystallisation*, soit un travail de déconstruction des problèmes. Une telle *déconstruction* permet de relativiser certains problèmes et, surtout, de focaliser sur les besoins explicites de la cliente. En regard d'un tel travail de déconstruction s'en trouve un de *reconstruction* où l'intervenant se perçoit comme un *aidant*, un accompagnateur de cette oeuvre, bien qu'il souhaite que la reconstruction *viene de la cliente même*.

Pour les thèmes où la cliente *n'est pas prête*, l'action comporte deux possibles, l'un donnant sens à l'autre. D'une part, le travailleur social travaille à ce que soient nommés les thèmes que la cliente cherche à éluder. Cette nomination, parce qu'elle objective le problème, permet soit une éventuelle normalisation, soit une éventuelle déconstruction/reconstruction. Mais ce travail est moins impératif qu'il y paraît à première vue puisque la relation en tant que telle pourra favoriser d'autre part, *avec le temps*, une nomination spontanée, et donc signifiante, de ces problèmes.

L'interprétation du schéma spécifique

L'univers de sens dont il est question ici se circonscrit très clairement à l'aspect relationnel de l'intervention. Le mode d'entrée en relation, la centration du travail sur la personne, l'importance accordée au normal, au sens que la personne attribue aux événements, etc., sont

autant d'indicateurs de ce focus. Mais le travail de schématisation fait ressortir qu'en outre d'une volonté explicite de fonder son action sur une perspective existentialiste, l'intervention est traversée d'une disjonction implicite, celle du *normal* et de *l'anormal*. Mais il faut accorder un sens particulier à cette normalité : elle est moins sociétale qu'existentielle. Ainsi, il est normal d'avoir tel ou tel sentiment, quoiqu'il soit anormal qu'il nous submerge, qu'il nous empêche d'agir. Il faut alors briser cette entrave à la liberté individuelle, à la réalisation de l'existant, en déconstruisant les problèmes, puis en les reconstruisant de façon telle que le sujet puisse s'en émanciper. Aux yeux du travailleur social, cette disjonction caractérise même l'être de la cliente : *elle est positive, mais elle a une faible estime de soi*. Problèmes et potentialités sont ici liés en un projet existentiel d'intervention. Cela soulève un certain paradoxe, véritable invariant praxéologique du case work en travail social : cet appui sur l'existentiel se heurte forcément au fait que la relation est socialement codée, et que les possibles de la relation sont d'autant limités à ce que la mise en scène de la relation autorise. S'il est vrai que la plupart du temps personne n'est dupe de cette mise en scène, il demeure qu'il est pertinent de réfléchir à la fonction de cet accord tacite d'un appui sur l'existentiel qui ne peut se réaliser pleinement dans le cadre de cette relation sociale, d'une certaine façon acommunautaire.

Malgré ce qu'il peut paraître *a priori*, il faut en outre souligner que cet univers de sens ne va pas expressément du côté de la psychologie : il n'est pas question ici d'atteindre l'intimité, ni d'accéder aux profondeurs de l'âme, ni même de remonter le temps. Le travailleur social ne réfère qu'à la durée de cette relation spécifique, et au fait que leur relation est une forme de cheminement existentiel partagé. *Avec elle, on est rendu là* traduit bien cette idée de cheminement. Mais il faut noter la forme pronominale de cet énoncé : il n'est pas écrit : «elle est rendu là», mais bien «Avec elle, on est rendu là». Et le *là* réfère moins à un état de la personne, ou à un lieu d'une trajectoire personnelle ou sociale, qu'à un objectif, à une cible d'intervention partiellement atteinte.

L'interlocutrice no. 17: travailleuse sociale au soutien à domicile

Cette travailleuse sociale en début de carrière, et à statut précaire, a une formation initiale en sociologie et une maîtrise en service social. Elle a une spécialisation de fait pour les cas de santé mentale et ne se réfère explicitement à aucune théorie ou méthodologie de

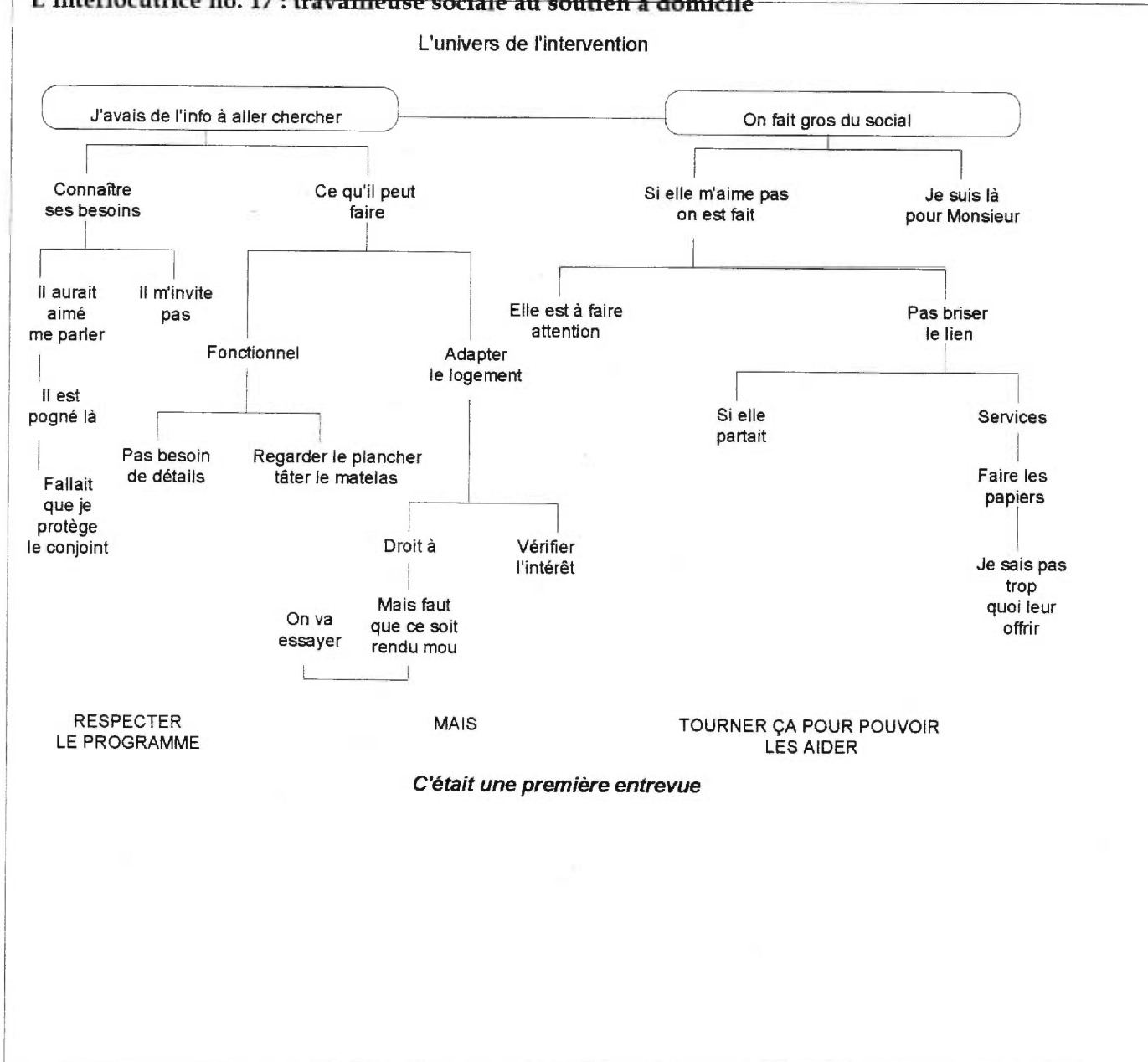
l'intervention. Elle exprime fréquemment sa compassion à l'égard des clientèles, notamment lors de rencontres multidisciplinaires qu'elle initie.

La situation d'intervention

À la demande d'une femme âgée (dans la soixantaine avancée) qui s'occupe de son mari polyhandicapé (dans la jeune cinquantaine), elle se rend à domicile pour évaluer les besoins et les désirs de Monsieur. Dès son arrivée, elle observe quatre éléments déterminants : 1) la dame est très accaparante, contrôlante, voire méchante à l'égard de son mari, et probablement alcoolique, 2) la maison est somme toute assez bien tenue, 3) le couple est socialement et physiquement isolé, 4) Monsieur est sous l'emprise de sa femme et a un certain besoin de protection. La rencontre se déroule donc dans une tension certaine entre la nécessité d'établir un contact avec Madame, puisqu'elle contrôle l'accès à son mari, et la nécessité d'entrer en contact directement avec ce dernier pour évaluer ses véritables besoins. Cette double prise de contact est laborieuse, mais à toute fin utile réussie avec Madame, et demeure à compléter avec Monsieur. Trois demandes formelles sont identifiées et retenues par la travailleuse sociale lors de cette rencontre : d'abord, Madame a besoin de répit, puis Monsieur demande que le C.L.S.C. poursuive l'adaptation de sa maison de façon à ce qu'il puisse contribuer davantage aux tâches domestiques et, enfin, que soit remplacé son matelas orthopédique trop usé. Bien que ces demandes aient toutes un lien direct avec des programmes du soutien à domicile, la travailleuse sociale doute que ces programmes permettent d'y répondre adéquatement et complètement. Elle ira néanmoins cueillir des informations auprès des gestionnaires de ces programmes, complétera les dossiers, et les divers processus administratifs s'enclencheront par le fait même. La rencontre a donc permis d'établir un contact signifiant avec le couple. Mais en outre des objectifs explicites de cette première rencontre d'évaluation dans le cadre du soutien à domicile, la travailleuse sociale a identifié que Monsieur aurait peut-être besoin de protection à l'encontre de sa femme, ou qu'à tout le moins le couple aurait besoin d'une thérapie conjugale pour normaliser leur relation. Ce dernier constat ne sera pas exprimé ouvertement pendant la rencontre, et il n'est pas certain qu'il sera nécessairement suivi d'une intervention. Une rencontre seul à seul avec Monsieur pourrait ouvrir sur cette question, laissée en suspend pour l'instant.

Figure 24

L'interlocutrice no. 17 : travailleuse sociale au soutien à domicile



Le schéma spécifique

Le discours sur cette intervention se structure par une unité de sens opposant *l'information à aller chercher à faire du social*. Il ne faut cependant pas avoir une lecture trop strictement administrative de ce premier pôle. Certes, l'information qu'il faut aller chercher se situe au niveau des *besoins* objectifs de Monsieur, de ses capacités, et de la nécessité de soutenir Madame dans son rôle de pilier du maintien à domicile. Mais la travailleuse sociale a également besoin de connaître ses besoins subjectifs, comme ses désirs et ses motivations. À l'occasion de cette rencontre apparaît le besoin tacite la protection de Monsieur contre l'emprise de sa conjointe. En regard de la nécessité de consigner les informations concernant les besoins de Monsieur se trouve une activité plus univoque d'évaluation des capacités, ce que traduit *ce qu'il peut faire*. Ce pôle se détaille par une série de conjonctions *fonctionnel/adapter le logement, droit à des services/vérifier son intérêt* qu'il faut lire en fonction des exigences des programmes et des exigences pratiques. Ainsi, le droit formel à un service ne suffit pas à mobiliser les ressources, compte tenu de la rareté desdites ressources. L'intérêt de Monsieur doit être légitime et sa motivation grande. À l'inverse, ces dernières caractéristiques ne suffisent pas si le droit est incertain. Mais à tout le moins, une franche motivation indique à la travailleuse sociale qu'elle peut toujours *essayer* d'obtenir le service, en l'occurrence obtenir un nouveau matelas orthopédique du service d'ergothérapie. Concernant l'évaluation sommaire de la fonctionnalité de Monsieur, des indices généraux sont suffisants (la propreté du plancher, l'état du matelas, sa capacité à avoir des loisirs, etc.). Mais la recherche d'indices factuels mis éventuellement en preuve pour estimer le droit s'arrête lorsque Madame utilise son emprise sur monsieur pour dévoiler en détails «ses histoires de tuyauteries». Le détail utile est celui qui est strictement nécessaire à la mobilisation des programmes.

Ce pôle *programme* prend une grande part de son sens dans la mesure où il se distingue de *faire du social*. Faire du social, c'est établir un contact avec Madame, car *si elle ne m'aime pas, on est fait*. Le *on* réfère ici d'abord à l'équipe multidisciplinaire du soutien à domicile, au service de soutien à domicile comme tel et, de façon ultime, à l'État intervenant. Cette prise de conscience de l'importance d'établir un lien avec Madame s'oppose, terme à terme, avec le rappel fréquent qu'elle est *là pour Monsieur*, quitte éventuellement à prendre position pour lui, contre sa femme. Le lien établi puis préservé avec Madame favorise l'ouverture

psychologique de celle-ci. Elle s'ouvre plus particulièrement ainsi sur la fin de la rencontre : «Qu'arriverait-il *si je parlais ?*» Cette question, indice même de la confiance établie, permet à la travailleuse sociale non pas d'entrer dans une certaine proximité émotionnelle ou psychologique avec la cliente mais bien de lui offrir des *services*, de *remplir les papiers*, c'est-à-dire d'initier formellement les demandes, pour ainsi démarrer les appareils. Cette ouverture permet à la travailleuse sociale d'affirmer haut et fort qu'elle est là pour les aider, par-delà les programmes s'il le faut. Ce désir d'aider sera sa légitimité première tout au cours de cette première rencontre.

L'interprétation du schéma spécifique

Le schéma se conclut par une disjonction importante et fort signifiante pour l'ensemble de cette thèse, et qui révèle l'aire des possibles pour cette intervention spécifique. Par-delà les incertitudes qu'implique le recours à différents programmes en terme d'admissibilité, le lien créé permet d'envisager une *aide*, encore à définir. La travailleuse sociale boucle l'entretien de recherche en disant cette phrase chargée de sens : «Je vais essayer de tourner ça pour pouvoir les aider...tout en respectant le programme.» Ici, c'est moins la demande sociale qui prime, ni la problématisation sociale, mais bien l'action de la travailleuse sociale qui vise à arrimer l'action de la professionnelle qui croit nécessaire d'aider ce couple aux contingences et possibles des programmes. Elle se pose clairement en femme frontière (Freynet, 1995), en femme interface, en cet agent de base (Lipsky, 1995) qui, par son action, contribue à définir le social. Pour ce faire, elle va faire jouer au maximum les possibles qu'offrent les programmes, *tout en les respectant*. L'important envers de cette proposition est qu'elle pourra, éventuellement, expliquer au couple les limites inhérentes aux programmes. Nous ne sommes pas ici dans un rapport marchand, où les besoins d'un client rencontrent l'offre d'un prestataire de services. Nous sommes bien dans un rapport social, médié par une femme frontière, ayant un projet professionnel si ce n'est émancipateur, à tout le moins humaniste. Cette rencontre complexe des ressources, des mandats sociaux et des problématiques sociales aux projets émancipateurs ou simplement humanistes forment sans doute un noeud de sens important pour comprendre la profession du travail social.

Notons aussi les deux statuts accordés au relationnel. Avec Monsieur, d'une part, il est nécessaire d'établir un contact pour atteindre sa subjectivité afin d'établir le diagnostic précis

de ses désirs, besoins, capacités et motivations. Pour Madame, d'autre part, le relationnel est instrumentalisé à la nécessité d'établir une confiance suffisante à ce que l'inconfort de l'intrusion d'un tiers, et *a fortiori* d'un tiers lié à l'État, soit réduite autant que faire se peut. Une fois le lien créé et consolidé, la relation peut retourner à son sens premier, soit offrir des services dans le cadre d'une agence étatique. C'est ce qu'il fallait faire, *c'était une première entrevue.*

L'interlocuteur no. 18 : travailleur social au soutien à domicile

Ce travailleur social en fin de carrière occupe une place importante au sein de l'équipe du module de soutien à domicile. En fait, il joue un rôle stratégique dans la mesure où il sanctionne et autorise la délivrance de certains services. Par exemple, il évalue l'admissibilité des demandes d'hébergement et assure le lien avec les établissements associés. De plus, il est l'homme de confiance du cadre responsable du soutien à domicile, ce qui lui donne l'occasion de prendre la responsabilité de quelques tâches d'encadrement. L'équipe le considère comme un intervenant senior. Il ne réfère pas explicitement à des théories ou méthodologies de l'intervention en travail social, bien qu'il réfère fréquemment aux valeurs qui en seraient fondatrices, telles que le respect des clients, la foi en leur potentiel, etc. Son discours est essentiellement pratique et fondé sur sa vaste expérience. Il est membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

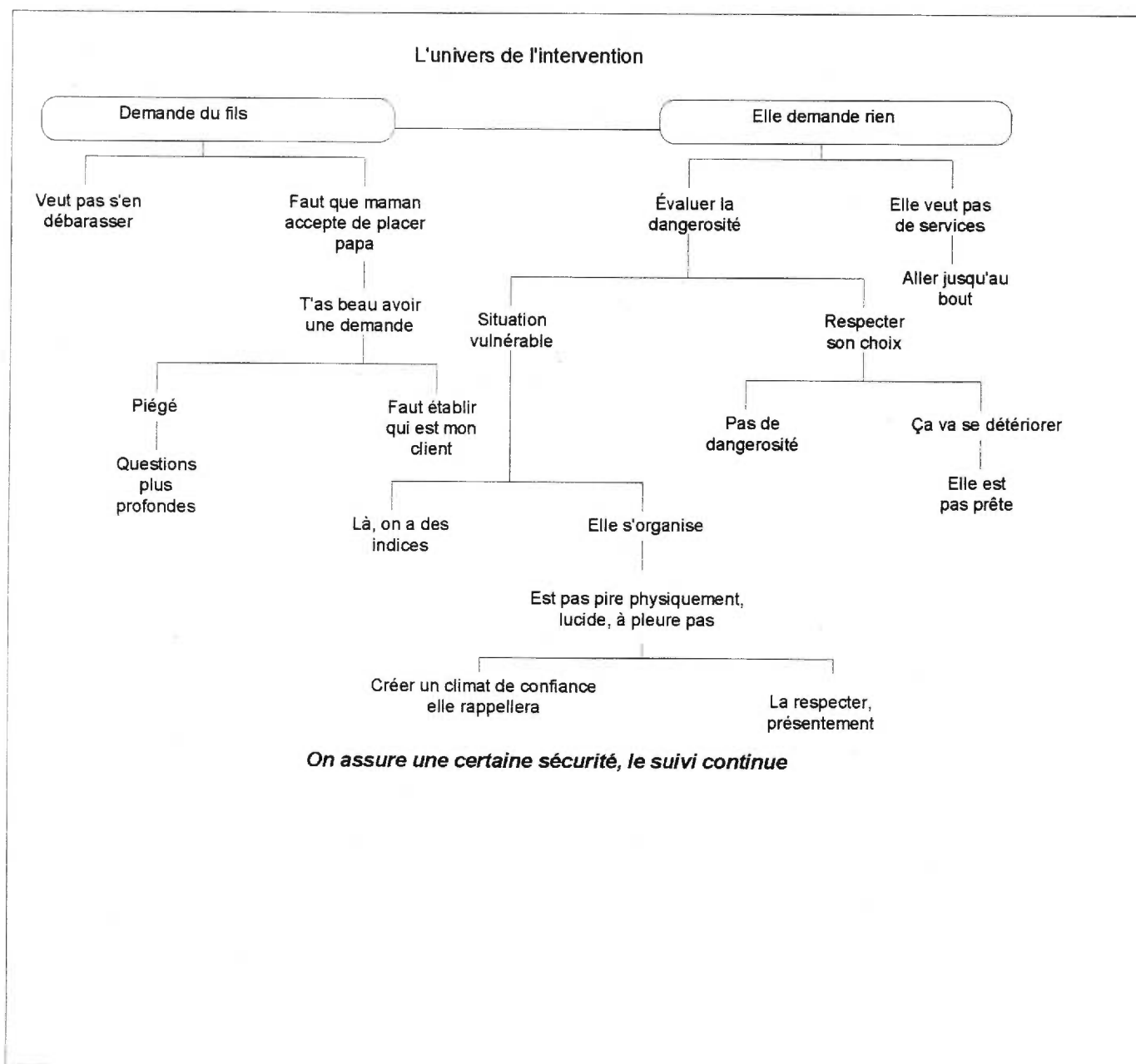
La situation d'intervention

La demande initiale provient du fils d'un couple dont la femme prend soin de son mari souffrant de la phase avancée de la maladie d'Alzheimer. Le fils estime que sa mère est en train de s'épuiser et qu'il est maintenant nécessaire de placer son père en institution, dans l'intérêt de la mère. L'état de son père commence sérieusement à se détériorer ; il souffre d'ailleurs depuis peu d'incontinence. À partir de cette demande, le travailleur social se présente à la maison en occultant le but explicite de la rencontre, soit de vérifier la nécessité d'un placement. Il va donc à domicile, prétextant qu'il était de passage dans le voisinage du couple âgé. Sur place, il constate trois choses. Premièrement, l'état de Monsieur s'est effectivement dégradé. Deuxièmement, la maison est bien tenue, ce qui laisse croire que Madame réussit fort bien à accomplir son travail ménager, et ce malgré l'alourdissement de la tâche découlant de l'état de son conjoint. Troisièmement, il constate que Madame ne formule

aucune demande de support au C.L.S.C. (aide ménagère, répit, etc.). L'orientation de Monsieur vers un placement n'est pas, dans la perspective de Madame, à l'ordre du jour. Ces constats sont rapidement faits et la rencontre s'oriente dans une autre direction. Le travailleur social cherche à établir un lien avec la dame, souligne que l'état de Monsieur ira en se dégradant et que, le temps venu, si elle le désire, elle pourra le contacter pour obtenir des services. Après la visite, le travailleur social contacte le fils afin de lui faire voir que sa mère n'est pas prête à envisager le placement, que cela est son droit le plus strict, et qu'après tout, elle se débrouille pour l'instant fort bien. Il le convie enfin à rejoindre sa stratégie d'intervention, c'est-à-dire de demeurer en veille à l'égard des besoins de la dame, tout en respectant, *pour l'instant*, ses choix. S'il s'avérait que la situation devienne dangereuse pour elle, l'intervention se fera avec plus d'insistance.

Figure 25

Schéma spécifique de l'interlocuteur no. 18 : travailleur social au soutien à domicile

**Le schéma spécifique**

Le sème principal structurant l'intervention concerne *la demande du fils* et le fait que la dame ne *demande rien*. En fait, cette intervention peut poursuivre tout simplement deux cibles d'intervention, l'une concernant le fils, l'autre concernant la mère. À propos du fils, la

réflexion première du travailleur social vise à donner sens à la demande. S'agit-il *de se débarrasser* d'un fardeau, le père, ou de véritablement aider la mère ? S'il constate que le fils n'est pas ce mauvais gars qui veut se débarrasser de son père, il enregistre néanmoins clairement que la demande consiste à convaincre la mère d'accéder à sa demande, et ce de façon stratégique, voire occulte. Cette demande engendre une stratégie d'intervention où les questions se veulent *plus profondes*, plus insistantes, auprès de la mère qu'elles ne l'auraient été sans cette demande initiale. Mais *t'as beau avoir une demande*, il n'est pas dit qu'il faille lui répondre en les mêmes termes. Il constate dès les premières minutes de la rencontre avec le couple qu'il lui faut clairement *établir qui est le client véritable*. Et *établir qui est le client* prend sens en regard de son sentiment d'être *piégé*, non pas par la mauvaise foi du demandeur, mais par le fait simple qu'il s'agit d'une demande formelle, à laquelle il s'empresse de répondre, comme il se doit. Cette question du client officiel et du client véritable traverse l'ensemble de l'intervention auprès de la mère. Bien qu'elle ne *veuille pas de services* et qu'elle désire *aller jusqu'au bout* avec son conjoint, le travailleur social *évalue la dangerosité* de la situation. Et le sens de cette évaluation s'exprime par le sème *situation vulnérable/respecter ses choix*. Les *indices* que la situation se détériore (incontinence anale du mari, pleurs brefs mais contenus de la dame, etc.) sont nombreux. Mais elle *s'organise*, et elle est *pas pire physiquement, lucide et pleure pas*. À ce moment, l'intervention se réoriente : d'une part vers le fils, où l'idée de *respecter sa mère, présentement*, sera préconisée, puis, d'autre part, vers la dame, où il importe de *créer un climat de confiance*, car elle *rappellera* lorsqu'elle estimera avoir besoin du support du C.L.S.C. D'ailleurs, le travailleur social conçoit son intervention dans la durée ; il *assure une certaine sécurité*, et donc *le suivi continue*. Cet énoncé traduit cette double orientation du *respect des choix* de la dame tout en assurant une veille diagnostique. S'il s'avérait que la sécurité de Madame soit menacée, l'action passerait du mode *suivi* au mode *intervention*, avec le déploiement stratégique de moyens d'une toute autre ampleur.

L'interprétation du schéma

Pour cet entretien de recherche, la place de la demande sociale est déterminante. D'une part, le travailleur social se mobilise pour répondre à la demande formelle qui lui est présentée. Alors qu'il se rend compte que cette demande a induit dans sa pratique un biais, soit des *questions plus profondes* et plus insistantes auprès de la mère, et qu'il lui faille établir à nouveau qui est véritablement le client, la réorientation de son intervention n'est que

partielle. En fait, même s'il estime incontournable de respecter les choix de la mère, son action s'allie à la demande du fils par cinq négativités (ou cinq actions occultées auprès de la cliente véritable) : 1) il évalue la dangerosité pour Madame, 2) il évalue l'état de dégénérescence de Monsieur, 3) il collige des indices, 4) il établit un climat de confiance expressément pour qu'il devienne une ressource signifiante pour la dame lorsque la situation sera suffisamment dégradée, et 5) il établit avec le fils qu'il agira lorsque le seuil d'insécurité sera franchi. Que comprendre de cette contradiction apparente ? En fait, la demande du fils, bien qu'elle heurte les valeurs professionnelles du travailleur social, se conjugue aisément à la demande sociale du soutien à domicile, soit d'éviter l'épuisement des ressources familiales et leur basculement du côté du système de santé suite à cet épuisement. Le travailleur social passe donc en mode veille diagnostique, eu égard à la sécurité de la dame, et modifie donc la nature du suivi. Est-ce à dire que la valeur du respect des choix de la clientèle n'est que poudre aux yeux ? Bien sûr que non. Mais le respect des choix d'une personne se met toujours en balance des responsabilités sociales du travailleur social et du C.L.S.C., responsabilités auxquelles le travailleur social adhère autant de cœur que de raison. L'intervention sera donc humaniste, tant qu'elle le pourra, c'est-à-dire tant qu'elle ne mettra pas en péril le respect de la responsabilité sociale de l'intervenant.

L'interlocutrice no. 19 : travailleuse sociale, première ligne, santé mentale

Travailleuse sociale en milieu de carrière, elle semble très préoccupée de formation continue et manie avec précision divers outils psychothérapeutiques spécialisés. Elle réfère notamment à l'analyse transactionnelle et à l'hypnose ericksonnienne. Son bureau est le mieux aménagé pour le case work.

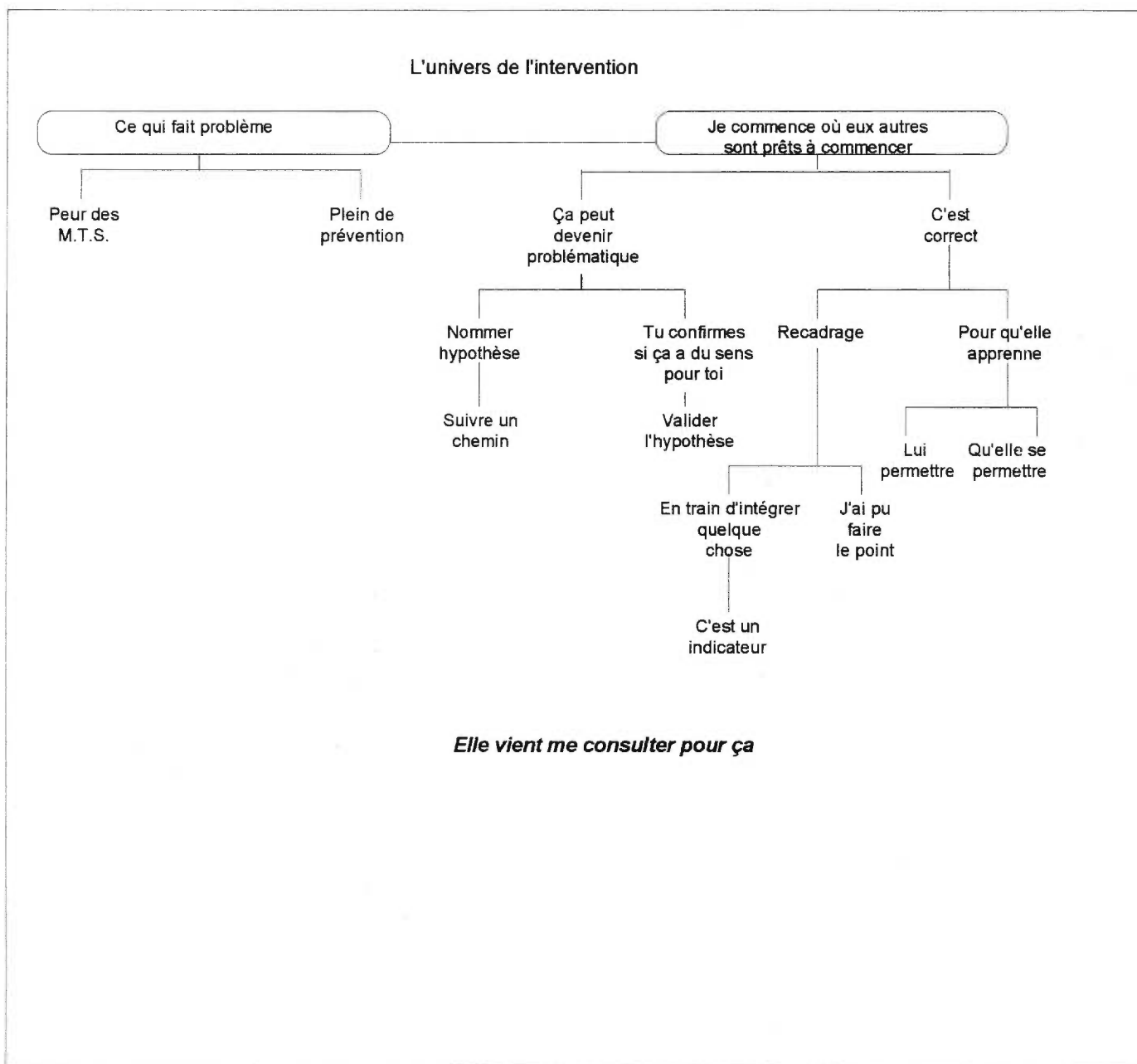
La situation d'intervention

La demande provient d'une femme en début de quarantaine qui souffre d'une dépression nerveuse chronique, avec des idées suicidaires. Il s'agit de la troisième rencontre d'une première consultation. Selon la travailleuse sociale, cette femme est très motivée, a un bon potentiel, mais elle présente un important problème d'estime de soi. Ses enfants lui ont été retirés jadis, un psychologue ayant estimé qu'elle n'était pas apte à les élever. Elle a en outre été victime de violence conjugale. Dernièrement, une amie de longue date l'a remise sérieusement en question, la menaçant de la laisser tomber si elle ne modifiait pas certaines

attitudes négatives. Bien qu'elle soit très attristée de ce fait, elle rit exagérément. La travailleuse sociale estime ce comportement comme exagéré, «hystérique». L'intervenante ouvre la discussion avec un vague «Comment ça va ?». La femme lui présente un échec qu'elle vient de vivre avec son amie et établit des liens avec des problèmes vécus pendant son enfance. De plus, la cliente présente une activité positive qu'elle a réalisée, soit de sortir avec un homme. Cependant, elle a une grande peur des maladies transmissibles sexuellement, ce qui provoque un épisode d'information très serré sur ce thème par l'intervenante. Au milieu de la rencontre, la travailleuse sociale lui demande de confirmer une hypothèse interprétative qu'elle lui avance. «L'hypothèse était qu'elle met tout dans le même pot», c'est-à-dire que chaque problème vécu est assimilé à l'échec de la personne toute entière, d'où l'impact négatif sur son estime de soi. La cliente apporte des exemples pour confirmer la signification de l'hypothèse. La femme entre alors ostensiblement en introspection, la travailleuse sociale n'intervient pas, la laissant cheminer à sa façon. Au terme de la rencontre, la travailleuse sociale lui donne comme devoir de vérifier si cette hypothèse a du sens dans sa vie quotidienne, notamment avec son amie.

Figure 26

Schéma spécifique de l'interlocutrice no. 19 : travailleuse sociale, première ligne, santé mentale



Le schéma spécifique

La structure sémique la plus fondamentale de ce récit est une disjonction entre *ce qui fait problème* et *commencer où eux autres sont prêts à commencer*. Le premier pôle de cette disjonction concerne les problématiques sociales reconnues. Dans ce cas-ci, ce qui fait positivement problème est la *peur/risque* des maladies transmissibles sexuellement ainsi que les idées suicidaires. Dans le premier cas, la *peur/risque* des maladies transmissibles sexuellement provoque une mobilisation professionnelle proactive par une intervention à l'occasion de laquelle se réalise *plein de prévention*. Quant aux idées suicidaires, nous ne rencontrons pas une telle mobilisation professionnelle, rendue moins nécessaire par l'affirmation de la cliente que tout va mieux à cet égard. Il importe ici de souligner que cette première modalité de mobilisation professionnelle occupe une toute petite place dans le budget temps de cette intervention ; elle se caractérise donc moins par son ampleur que par le registre de mobilisation professionnelle qu'elle révèle. Il s'agit d'une posture potentielle de mobilisation professionnelle qui permet de donner sens au second pôle du sème. Car en regard de cette forte mobilisation professionnelle relative aux maladies transmissibles sexuellement se trouve une mobilisation plus substantielle en terme de durée, beaucoup plus lente et rythmée aux besoins explicites de la cliente. Ces besoins sont certes les bons, puisque provenant de la parole de la cliente. Mais il existe toujours un risque qu'ils deviennent problématiques. À ce propos, le sème *peut devenir problématique/c'est correct* traduit l'aire des possibles pour une travailleuse sociale humaniste qui doit en outre répondre à des demandes sociales en ce qui a trait aux maladies transmissibles sexuellement et à la prévention du suicide. Le jeu des mobilisations professionnelles qui s'élucide ici traduit en fait le jeu des demandes sociales, et la nécessité de trouver des réponses adaptées à chacune. Malgré le ton général très humaniste et existentiel de l'intervention, la travailleuse sociale devient nettement plus proactive lorsque de telles problématiques entrent en jeu.

Pour la suite du schéma, on voit que la disjonction s'atténue pour laisser place à un ensemble de conjonctions méthodologiques où la travailleuse sociale initie à partir des matériaux apportés par la cliente une intervention qu'elle devra relayer à la maison. Ainsi, *nommer une hypothèse* prend sens dans la mesure où la cliente peut la confirmer et expérimenter ses aboutissants. Il faut enfin noter que le travail existentialiste de l'intervenante se réalise en regard d'une activité de veille diagnostique où les attitudes et comportements de la cliente,

comme par exemple son introspection ostensible, le caractère démesuré de certaines réactions, ou son appréciation du risque suicidaire, offrent autant d'*indicateurs* quant à ce qui pourrait *faire problème*. L'absence ou le contrôle des problèmes à problématisation sociale forte favorise le cheminement existentiel et en sont, dans une certaine mesure, la marque de sa faisabilité pratique.

L'interprétation du schéma spécifique

L'énoncé *elle vient me consulter pour ça* traduit la posture d'intervention humaniste et existentialiste de l'intervenante. Cela pose la demanderesse dans un rapport de responsabilité à l'égard de son propre cheminement. L'intervenante se perçoit alors comme consultante qui, avec son regard externe à la situation, se permet de formuler une hypothèse interprétative à ce propos. Même une activité fortement normative comme le recadrage peut ici s'interpréter à la lumière de cette position fondamentalement humaniste. Mais le schéma laisse donc apparaître deux niveaux de mobilisation professionnelle, l'un doux, lent, réflexif et relationnel, fondé sur la perspective humaniste, l'autre proactif, rapide, univoque et direct à l'égard des problématiques sociales fortes. Bien que cette disjonction soit apparente dans le discours de la locutrice et dans son action, nous remarquons que la disjonction s'occulte dans le cours de l'intervention. *Ça peut devenir problématique* et *c'est un indicateur* traduisent tous deux la présence, au moins en filigranes, d'une posture nettement plus interventionniste au cours de la rencontre. Quel sens accorder à ce jeu des modalités de mobilisation de soi ? Que signifie cette veille diagnostique, dans l'ombre d'une posture humaniste proclamée avec force ? Nous retenons provisoirement deux pistes de réflexion. La première concerne le statut du relationnel dont l'instrumentalisation ne peut être élucidée, au péril du bris de lien nécessaire à l'intervention. Cela constituerait une forme d'invariant praxéologique très déterminante pour l'action professionnelle. Cette lecture implique un seul projet d'intervention où la travailleuse sociale travaille en fonction des problématiques sociales et des mandats organisationnels tels que donnés. La seconde possibilité pose l'intervenante à la jonction de deux mondes, de deux univers de sens, qu'elle doit manier, articuler, au meilleur profit de l'un et de l'autre de ces mondes. Véritable femme interface, elle doit jongler avec différentes commandes provoquant parfois autant de messages paradoxaux, qu'elle se doit de gérer. Cette position de l'interface, et ses contradictions éventuelles, qui se résolvent sans doute quotidiennement dans l'ombre du colloque singulier et de l'autonomie professionnelle,

pourraient constituer l'une des conditions de l'interdisciplinarité pratique des plus déterminantes, en ce sens précis qu'elle apparaît à la limite des possibles de la composition. L'interdisciplinarité se conçoit alors à la périphérie des frontières cartographiées de terres pour l'essentiel connues. Par delà ces frontières, le cartographié laisse place à une multitude de sentiers d'usage. En fait, l'interdisciplinarité pratique se conçoit surtout comme l'au-delà de la composition pratique de l'unique praticienne, en révélant par le fait même les limites de l'intervention sociale. Cet au-delà est composition à multiples voix.

L'interlocutrice no. 20 : travailleuse sociale en milieu scolaire

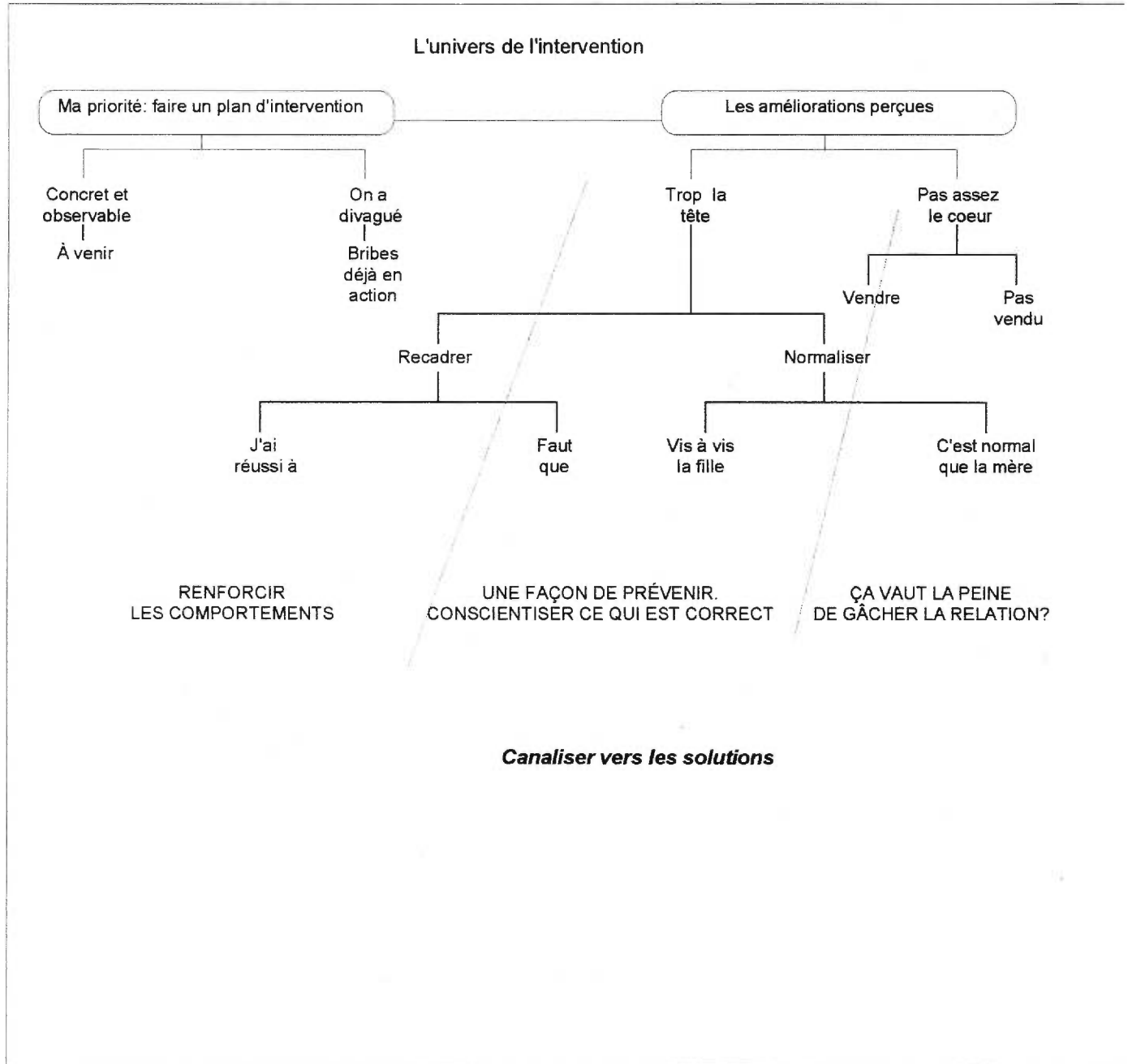
Jeune travailleuse sociale en milieu scolaire, elle œuvre, pour le compte du C.L.S.C., dans quelques écoles secondaires. Elle est donc que très sporadiquement présente dans les locaux du C.L.S.C. et affiche une affiliation forte et primordiale avec l'équipe des travailleuses sociales scolaires.

La situation d'intervention

Cette travailleuse sociale reçoit au C.L.S.C. une mère et sa fille de 15 ans. La première s'inquiète des comportements de la seconde, notamment au niveau de la consommation de drogues. Bien que ce soit la mère qui initia la demande, c'est la fille qui contacta la travailleuse sociale. Elle est donc relativement volontaire à la démarche, même si elle a connu par le passé une expérience d'intervention négative. Mère et fille ont été rencontrées séparément au préalable de cette première rencontre à trois, pour laquelle l'objectif était expressément d'établir un plan d'intervention qui fonderait une démarche de longue haleine. La rencontre s'ouvre sur une question formulée par la travailleuse sociale : «Avez-vous observé des améliorations dans le comportement de l'autre depuis notre dernière rencontre ?» Cette question permet à chacune de dire à l'autre ses récriminations, en présence de la travailleuse sociale. La rencontre s'est par la suite déroulée sur un mode de gestion de conflit : la travailleuse sociale gère les tours de parole, relativise les dires, les amène à voir les ponts qui les relie, explore des pistes de solutions temporaires. La rencontre se conclut sur la compilation de données pour l'ouverture formelle des dossiers et sur une exploration des modalités de travail à venir. Le plan d'intervention n'a finalement pas été établi explicitement.

Figure 27

L'interlocutrice no. 20 : travailleuse sociale en milieu scolaire



La schéma spécifique

L'univers de sens pour cette intervention se déploie autour d'une disjonction principale, soit *l'établissement d'un plan d'intervention* et le lancement d'une discussion libre sur les *améliorations perçues*. Si cette discussion provoque une divagation certaine, elle permet néanmoins à la travailleuse sociale d'apporter une hypothèse interprétative générale quant au conflit mère/fille. Cette hypothèse s'est formulée elle-même comme une disjonction autour de laquelle s'articulera la suite de l'intervention. La travailleuse sociale estime que la mère et la fille ont un problème de communication, que l'une et l'autre *s'abordent avec la tête* plutôt qu'*avec le cœur*. L'usage de cette hypothèse déborde le simple diagnostic car elle structurera l'action à venir au cours de cette intervention. Côté cœur, la travailleuse sociale présente une série d'arguments émotionnels. Elle *vendra* son hypothèse, que la mère et la fille *achèteront* par la suite. Côté tête, l'intervenante a été un peu plus proactive. Elle *recadre*, c'est-à-dire qu'elle tente de rectifier le sens qu'accorde les clientes aux événements rapportés. Par exemple, elle intervient auprès de la mère afin de lui faire savoir qu'une punition, pour être efficace, doit être proportionnelle et en lien direct avec la faute commise. Ce recadrage prend sens au travers du sème *j'ai réussi à/faut que* où la relation signifiante en est une d'articulation temporelle. Le travail de recadrage prend lui-même sens lorsqu'il se combine au travail de normalisation, ici encore au sens d'établir que *c'est correct* d'avoir telle ou telle attitude. Il y a cependant à ce propos un chassé-croisé d'actions où ce qui est normal pour la fille (de rentrer tard, par exemple) implique qu'il soit normal pour la mère de réagir (en exprimant son inquiétude, par exemple). En fait, elle lance ici un message visant l'acceptation mutuelle des comportements qui ne sont pas fondamentalement heurtant pour l'une et l'autre.

Bien que la travailleuse sociale constate que la rencontre ait quelque peu *divaguée*, et que le plan d'intervention demeure entièrement à faire, l'intervention lui apparaît nettement positive car le plan d'intervention fut établi partiellement, d'une façon implicite (*bribes déjà en action*), et qu'il se sublime à travers l'énoncé fort qui traduit l'ensemble de l'intervention : *canaliser vers les solutions*. Le détail de ce qui est fait importe peu, en autant que l'action de toutes soit toute entière tournée vers des solutions efficaces. Pourtant, la travailleuse sociale énonce avec force que l'élaboration d'un plan d'intervention concret, mesurable et observable est sa *priorité* pour cette première rencontre à trois. Mais rien est conclu ici ; la prochaine

rencontre pourra permettre d'expliciter le plan implicite qui se dessine et se réalise en pratique.

L'interprétation du schéma spécifique

La structure de signifiante de l'intervention que nous avons schématisée articule trois modalités d'intervention. La première, de type comportemental, vise un renforcement des comportements estimés positifs. Ainsi, la relation apparaît comme un moyen, une série d'occasions pour l'intervenante de signifier son approbation ou sa désapprobation à l'égard de comportements positifs ou négatifs (consommation de drogues, pratiques éducationnelles, etc.). Elle permet, en second lieu, d'agir sur la conscience en normant ce qui est correct et ce qui ne l'est pas. En dernier lieu, en outre des comportements et des normes, l'intervention fait un appel à l'émotion : est-ce que *Ça vaut la peine de gâcher la relation pour une histoire de chambre mal rangée, par exemple?* La réponse de l'intervenante est claire : *non*. Elle engage les clientes à focaliser leur attention sur ce qui importe, soit une relation de qualité.

Cette intervention à paliers multiples traduit-elle une incohérence dans l'intervention ? Exprime-t-elle le fait que le plan d'intervention demeure à établir ? Nous pensons plutôt que cela traduit la complexité de l'intervention et une pragmatique de l'action toute tournée vers le changement. Ce qui importe, ce sont *les solutions*, peu importe les moyens qu'elles mobilisent. Il est à remarquer cependant qu'une part significative des changements proposés est fondée sur une stratégie d'acceptation par l'une des comportements de l'autre. Ainsi, le changement est aussi résignation, au profit d'un intérêt supérieur, en l'occurrence la relation mère/fille.

7.3 Conclusion : les schémas communs

Par-delà leur diversité, les vingt schémas spécifiques, dont il fut fait état précédemment pour analyser chacun des entretiens de recherche, ont été analysés de façon à pouvoir reconstruire certains espaces symboliques des rencontres interdisciplinaires. Nous avons reconstruit quatre de ces espaces interdisciplinaires qui nous ont semblé comme les plus signifiants et les plus structurants du champ des possibles interdisciplinaires. En fait, la composition pratique du travail, exprimée par les entretiens de recherche schématisés spécifiquement, s'articulent et se jouent au travers et par de tels lieux transitionnels, où les praticiennes exécutent nombre

de translations pratiques. Véritables univers de sens, ces espaces ne doivent pas se lire comme une taxonomie de l'intervention mais bien comme des types. Ce faisant, le regard du chercheur se tourne du côté des activités de composition pratique des types, sous-types et diverses modalités pratiques qu'ils engagent. Ici, les divisions disciplinaires nous semblent de peu de signifiante, si ce n'est à la périphérie de la composition pratique. C'est le caractère de métier relationnel, la normalisation des emplois au sein d'organisations de services humains et les tâches à réaliser, avec les communautés techniques qu'elles supposent, qui sont les éléments les plus déterminants et discriminants de la configuration des univers de sens en jeu. Là se situent le travail de translation sémantique, de transfert de sens d'un espace à l'autre, selon les circonstances pratiques, les exigences de la tâche, et les *habitus* qui transigent avec les raisons pratiques à l'œuvre dans le cadre d'une relation clinique particulière.

Nous avons reconstruit ces univers de sens, ces espaces de l'intervention, à partir de régularités structurant une partie significative des vingt schémas spécifiques. Par régularité, nous n'entendons évidemment pas une caractéristique totalement transversale à l'ensemble des entretiens. Nous entendons plutôt *ce qui peut faire règle* d'énonciation pour un ensemble d'entretiens. Ces *règles*⁸⁰ structurent la grammaire de l'intervention à l'œuvre dans l'énonciation de la pratique de ces intervenantes. Nous les avons reconstruites suite à trois rencontres avec les participantes à la recherche, rencontres de discussions épistémologiques portant sur une première formulation des schémas communs. Encore une fois, les mots qui composent les schémas, à l'exception des intitulés et des énoncés entre parenthèses, sont issus des lexiques des locutrices. Nous avons retenus ceux dont la signifiante nous a semblé la plus pertinente pour comprendre les espaces de l'intervention ainsi reconstruits.

Le premier schéma commun révèle un espace de l'intervention où diverses **nécessités d'agir** structurent les possibles de l'intervention. Au plan formel, l'intervention exige une ou plusieurs nécessités d'agir, à défaut de quoi elle peut être estimée abus de pouvoir, au plan public. Cet espace pose une première conjonction fondatrice où l'intervention se construit en regard des diverses problématisations sociales et mandats sociaux qui lui sont associés, soit *ce*

⁸⁰ Nous employons ce mot, malgré les équivoques que cela peut susciter. Nous référons à l'important ouvrage *Esquisse d'une théorie de la pratique* (1972) de Bourdieu pour en orienter le sens. Qu'il suffise d'écrire que ces règles ne sont pas agissantes hors de la pratique effective des agents et qu'elles sont tout à la fois produits et productives de la lente sédimentation des pratiques.

qui fait socialement problème, et la nécessité d'*avoir un contact* comme source relationnelle de légitimité de l'intervention. Ce contact est ici instrumental, ou complémentaire à la réalisation d'une intervention comme action sociale sur un problème social. Quant au problème, la nécessité d'agir prend sa source notamment d'un mandat provenant à la praticienne en partie du client lui-même, en partie de son organisation, comme *institution* des systèmes d'intervention. Cependant, cette nécessité incluse à la demande n'est qu'une nécessité initiale qui rencontre une offre potentielle. La praticienne peut alors *voir* ce qui en est : voir l'insalubrité des lieux, voir la perte d'autonomie du client atteint de la maladie d'Alzheimer, voir la compliance de la jeune fille, voir le refus de s'amender du père agressif, etc.

Ce *voir* peut être ciblé sur des objets prédéterminés socialement tels que le degré d'attachement, les troubles auditifs, ou la perte d'autonomie. Mais la possibilité de *voir*, c'est aussi, voire surtout, la possibilité de *voir autre chose* que l'attendu. L'intervenante donne alors valeurs à ce qui est vu, en fonction d'une grande diversité d'échelles, telles que l'urgence/la non-urgence, le corps/l'esprit, les impératifs légaux/la relation professionnelle, etc. Ce qui nous semble mieux contenir l'ensemble de ces échelles, c'est l'évaluation du *grave/pas grave* duquel découle des interventions spécifiques et modulées à cette échelle. Le *grave* est évidemment un *grave social*, en regard de la formulation des problématiques sociales. Le *grave* existentiel, la perte de contrôle, la crise, sont autant d'indices thérapeutiques que l'état du client se détériore, occasionnant ainsi de nombreux coûts sociaux, et ce dans tous les sens du terme. Quoiqu'il en soit, le *grave* exige une *intervention*, ici en son sens le plus intrusif et unilatéral qui soit. La légitimité sera alors forcément des plus hautes au plan social, soit légale, soit médicale. Le *pas grave* engagera plutôt des interventions *de l'âme* tel qu'enseigner, normaliser, recadrer, recommander, rassurer, et toutes les formes possibles de l'instillation. Il importe ici de distinguer la gravité «objective», en vérité *objectivée*, car c'est de cela qu'il s'agit, de la souffrance existentielle, certes importante, toujours signifiante au plan diagnostique, mais attribuée de la règle d'internalité supposant qu'il s'agit d'abord et avant tout d'une affaire personnelle, d'un défaut de volonté.

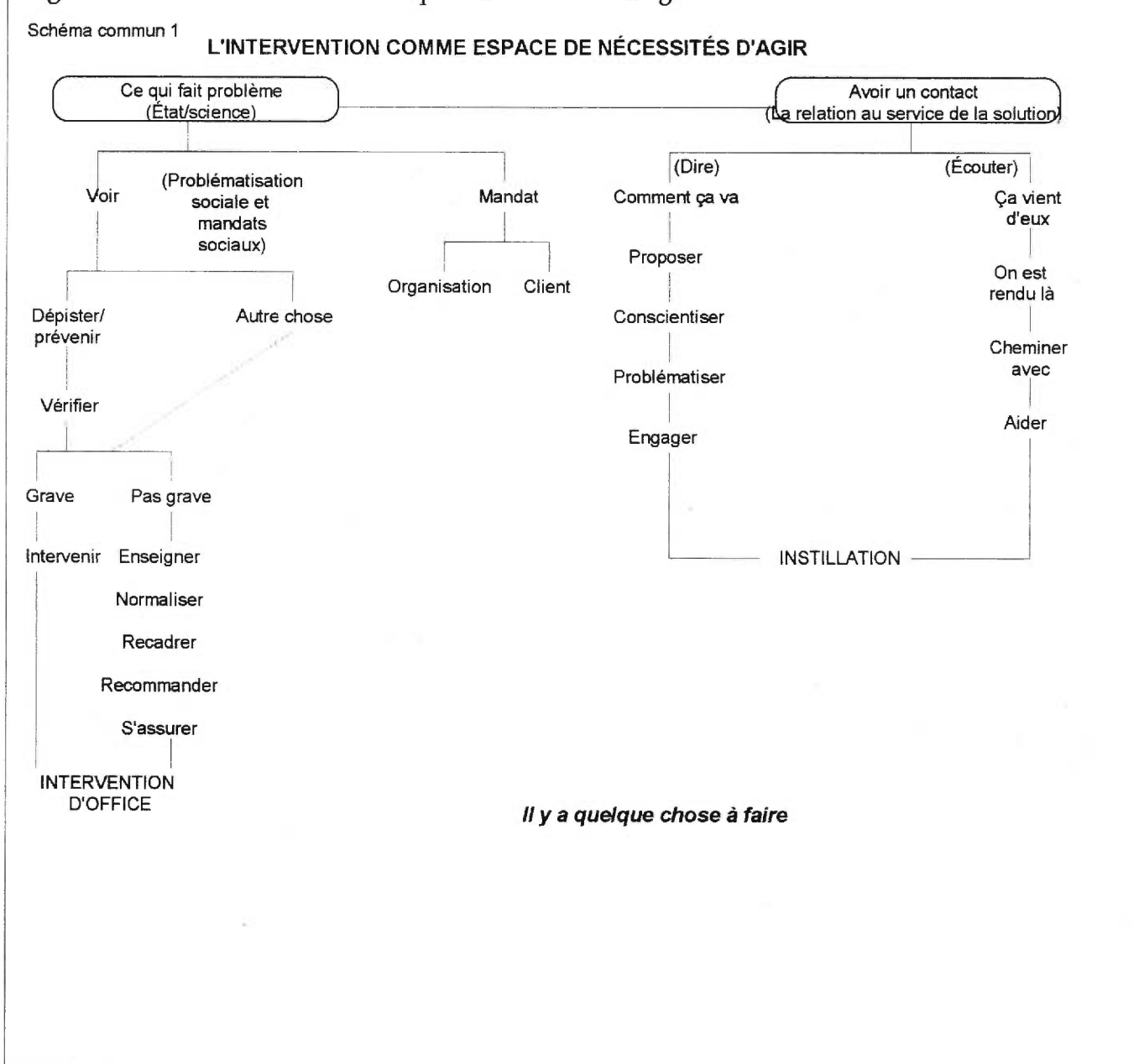
Dans cette première moitié du schéma commun, l'intervention est somme toute unilatérale, en ce sens qu'elle n'engage que très sommairement l'intersubjectivité, considérée comme simple contingence d'une pratique qui sait d'elle-même quoi faire. Dans l'autre moitié du

schéma structural, le relationnel prend une toute autre profondeur. Le *contact* s'établit à la fois, mais selon une proportion évidemment variable, par le *dire* et l'*écoute*. Il va de soi que le *dire* est plus proactif, en ce sens qu'il a son objectif propre, celui d'*engager* au plan subjectif le client vers la solution évidente pour atténuer ce qui fait problème. Pour ce faire, l'intervenante lancera le rapport client/professionnel sur un mode relationnel, si possible existentiel, en favorisant la parole la plus «vrai» qui soit. La phrase type de cette dimension du schéma est cet incontournable *Comment ça va ?* présent dans la très grande majorité des entretiens. Sur la base des réponses que cet énoncé engage, mais surtout sur la base de l'ouverture existentielle qu'il crée, l'intervenante propose des solutions, conscientise les possibles, problématise les choix du client. En regard de cette parole orientée peut se trouver une posture de l'écoute dans laquelle le projet pratique de l'aide peut se réaliser, en sus des exigences sociales. Tout au plus, s'agit-il ici de la part intersubjective de la relation clinique, part qui constitue une quasi affaire privée. Reléguée aux affaires interpersonnelles, cette part constitue-t-elle le plus grand des tacites de l'intervention sociale ? Nous pensons que oui, qu'il s'agit bien d'un tacite qui ne peut se révéler ou s'explicitier de la seule parole volontaire de la praticienne, car il se situe en grande partie par-delà le langage, entre autres du côté de l'autonomie au travail de ces diverses travailleuses du social. Car en regard de cette impossible reconnaissance formelle de la part intersubjective du travail dans les métiers relationnels (Que vaut-elle ? Quelle place lui accorder dans la division du travail ? Comment contraindre, contrôler, évaluer l'infinité des besoins auxquels elle pourrait répondre ?), l'autonomie au travail est une reconnaissance *de facto* de cette nécessaire souplesse que les appareils d'État doivent avoir pour la réalisation de leurs projets. Soyons clair ici : nous ne pensons pas que les sujets travaillant soit très autonomes au travail, mais que le travail en tant que tel produit une forme d'autonomie au travail, en fait d'*autonomie du travail*, comme condition des métiers relationnels. Ainsi, par exemple, la lutte de reconnaissance de cette part intersubjective du travail infirmier est aussi, en outre de l'accès au statut de grand et au champ de l'intervention sociale qu'elle met en jeu, une lutte d'accession à cette autonomie du travail, évidemment déniée aux groupes professionnels estimés par trop techniciens.

Au total, l'intervention et l'intervenante sont tournées toutes entières vers l'action : *il y a quelque chose à faire*. Ce quelque chose suit une courbe d'impérativité relative aux exigences des nécessités d'agir qui lui sont associées.

Ce *Il y a quelque chose à faire* traduit sans l'ombre d'un doute l'une des conditions de l'interdisciplinarité pratique. Par-delà les regards disciplinaires, toutes participent de cette conviction interventionniste qui s'exprime en pratique par d'assez larges consensus sur les nécessités d'agir, qu'elles soient éloignées ou dans l'évidence de la proximité praxique par laquelle se stabilisent les récits-client.

Figure 28 : L'intervention comme espace de nécessités d'agir



Le second schéma commun révèle un espace de l'intervention qui se fonde sur diverses **fonctions sociales**. Ces fonctions sont d'abord relatives à la nature des mandats qu'elles rencontrent et articulent dans l'intervention. Les premiers de ces mandats sont sociaux et peuvent être formulés en termes organisationnels, scientifico-techniques, politiques, etc. Ce qui semble le plus immédiatement signifiant aux praticiennes, ce sont les formulations programmatiques des mandats, car celles-ci articulent sous une forme stabilisée les mandats scientifico-techniques, organisationnels, et politiques. S'il faut en pratique respecter d'emblée les possibles de ces programmes, il sont néanmoins perçus tantôt comme contraintes, tantôt comme ressources de l'intervention. Intervenir signifiera alors mobiliser ces ressources et, éventuellement pour les travailleuses sociales et certaines infirmières, jouer, influencer, agir sur lesdites contraintes.

Il va cependant sans dire que si les programmes concernent les problématiques sociales estimées prioritaires par l'État, toute problématique n'a pas son programme. Ainsi, une problématique sociale suffisamment problématisée comporte dans les faits une sorte de mandat implicite à intervenir. L'intervenante recueillera divers indices comme autant de preuves de la présence d'une problématique sociale forte, et cherchera à *tourner ça pour pouvoir les aider*. Il s'agit de faire quelque chose malgré l'absence de programmes, les limites des programmes, voire, en circonstances exceptionnelles, à l'encontre d'un programme.

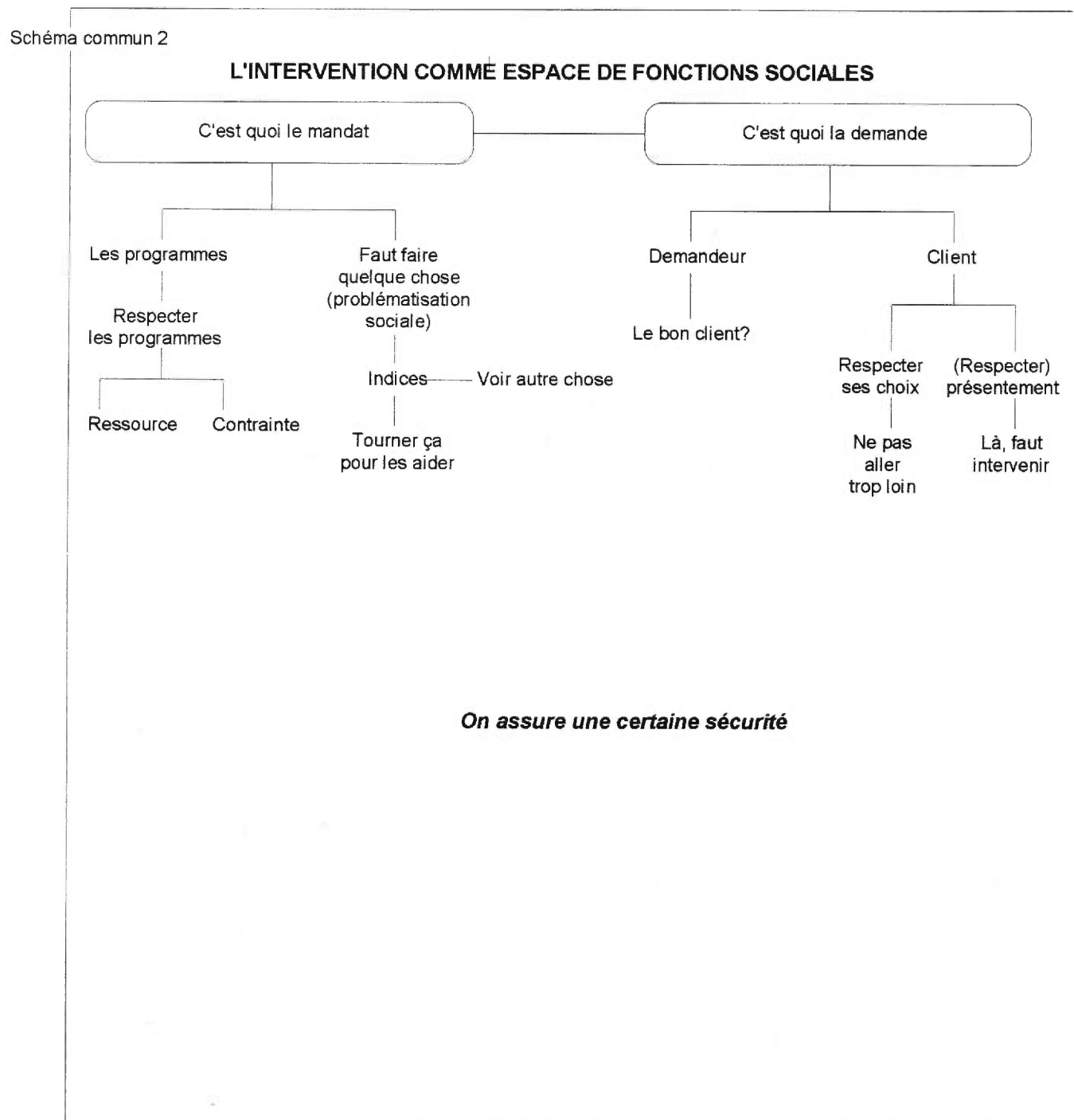
En outre, ces fonctions sociales ne sont pas l'unique fait d'une volonté toute politique et technocratique de production des problématiques sociales. Il faut les concevoir ici à travers le mouvement de la réflexivité en modernité avancée, comme aussi le fruit des constructions symboliques culturelles et médiatiques. Par exemple, l'inflation des allégations d'attouchements sexuels par des professeurs qu'a connue le Québec vers la fin des années 1990 peut se concevoir comme consécutive de l'efficacité des groupes de femmes à problématiser la question, et à l'émulsion de la valeur *enfant* par une société qui n'en produit que si peu. L'État intervenant ne fut pas impliqué, au moins directement, dans ces deux phénomènes. Il s'agit plutôt d'effets secondaires d'une problématisation inflationniste, relayée en grande partie par les intervenantes, au moins pour un temps. Il s'agit ici de mandats, au sens interactionniste symbolique du terme.

Mais les fonctions sociales en jeu n'impliquent pas que la réalisation de mandats externes à la relation clinique. Le client formule *une demande* que la praticienne cherchera à faire énoncer le plus clairement possible. En regard d'un client véritable, celui au cœur de la relation clinique, se pose une diversité de demandeurs, *a priori* tous légitimes, qui exigent un effort continu d'élucidation du client véritable (le fils demandeur ou la mère porteuse du problème ?). Ici, le rapport au client est ambivalent, en ce sens que le désir d'humanisme de l'intervenante et de son groupe professionnel peut se heurter aux fonctions sociales qui se réalisent par l'intervention. Au plan humain, l'intervenante *respectera les choix du client*, tant que sa fonction le lui permettra. En certaines circonstances, il *faudra néanmoins intervenir* d'office. C'est l'une des raisons pour laquelle la relation humaine ne doit *pas aller trop loin*. En tout temps, l'intervenante peut se voir obligée de changer de registre et devenir éventuellement plus intrusive, voire menaçante du point de vue du client.

Au total, l'intervenante a pour fonction sociale, par exemple, *d'assurer une certaine sécurité*, à l'encontre de la relation s'il le faut. Ces fonctions se distribuent alors sur l'aire des possibles en regard des demandes sociales et de leurs formulations incarnées et situées. Pour les deux cas de figure, il s'agit d'une action sociale définie et finalisée hors d'elle-même, ce que nous nommons une fonction sociale.

Quant aux possibles interdisciplinaires, ici aussi nous constatons un assez large consensus sur les grandes fonctions sociales (prévenir, éduquer, resocialiser, protéger, etc.), et ce d'autant plus qu'elles peuvent partager un socle praxéologique en grande partie commun à chacune. Par contre, il y a lutte de contrôle du champ de l'intervention sociale, de ces fonctions sociales, que chacun des groupes désire normaliser à sa façon, en grande partie par conviction mais aussi par intérêt, l'une n'étant évidemment pas dissociable de l'autre. Ici réapparaît avec beaucoup de force le débat inter-disciplinaire, le projet de disciplinatio[n] de l'autre, dans son action. S'il en va vraiment de l'intervention comme il en va *de la guerre et de la paix dans les relations sociales* (Nélisse, 1988), l'intervention apparaît alors comme condition de pacification, comme il en allait de la *pax romana*. L'intervention est imposition de la paix inter-disciplinaire, au profit d'un point de vue dominant. Ce point de vue dominant n'est pas pour nous l'assassine technocratie (ou à tout le moins pas elle seule) ni, peut-être malheureusement, une anthropologie de l'unification qui s'édifierait. Cet *pax romana* est épistémique.

Figure 29 : L'intervention comme espace de fonctions sociales



Le troisième schéma commun découpe un espace de l'intervention comme **relations professionnelles**. Il se fonde sur la disjonction *faire ma technique* et *faire du social*, où la technique découle d'un problème socialement reconnu et d'une demande à laquelle l'intervenante entend et se doit de répondre. Découle du problème une action planifiée soit *a priori*, il s'agit alors d'un protocole, soit *in situ*, il s'agit alors d'un plan d'intervention⁸¹ composé spécifiquement pour la situation donnée. Le premier vise à *traiter*, c'est-à-dire à corriger positivement, et ce dans tous les sens du terme, un problème qui ne fait pas l'objet de discussion tellement son évidence est grande. Le second est plus relativiste, car il s'agit de *canaliser vers des solutions*, quelles qu'elles soient, dans un maelström processuel. Le *faire du social* se pose dans un rapport de sens où la dimension temporelle est importante. La relation permet dans l'instant présent d'aller chercher de l'information, d'assurer la collaboration du client, etc. Elle permet en outre d'établir un lien sur la durée, une signifiante, qui permettra, au plan professionnel, de mieux intervenir lors d'une éventuelle détérioration de la situation.

Pour les deux pôles du schéma commun, l'action est d'abord et avant tout un *faire*, un *faire efficace*, une action qui se veut et se revendique comme professionnelle. Qu'elle soit technique, ou qu'elle soit relationnelle, il s'agit ici d'apporter une expertise et un savoir-faire rigoureux, méthodiques et scientifiquement fondés. Cependant, *faire sa technique*, comme *faire du social* dans une perspective d'abord instrumentale, ne permet pas de réaliser pleinement les projets professionnels que sont la promotion et le développement de la santé ou le changement social, entre autres. Si l'action professionnelle apparaît ici tout entière tournée vers des solutions, elle porte en elle les germes de son propre dépassement. Au-delà du *faire efficace*, soit le sens courant du concept de *praxéologie* (Darval, 1995), se trouve l'horizon du dépassement de la technique. Il importe d'*aller plus loin que le traitement*, estimé par trop techniciste, pour accéder à la dimension supérieure de l'être professionnel, soit *l'art libéral*.

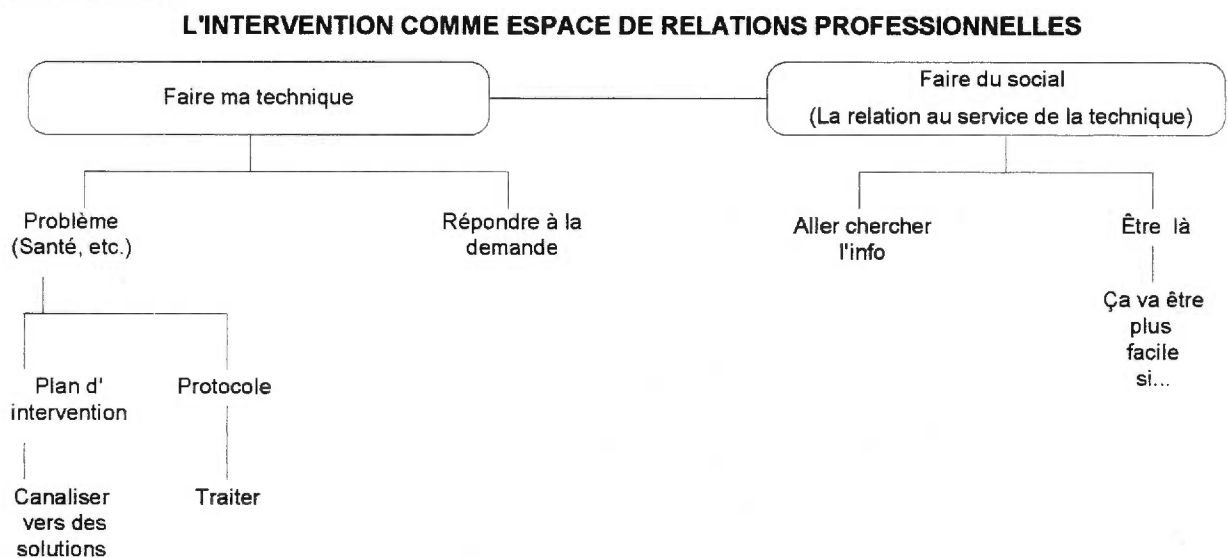
Ce rapport entre praxéologie et *ethos* professionnel est fondateur de la professionnalité dans les métiers relationnels et dessine en outre des possibles interdisciplinaires. Ici, les *ethos*

⁸¹ En pratique, une telle division apparaît trop formelle pour être immédiatement signifiante. C'est que le schéma ne doit pas se lire comme une taxonomie de l'intervention mais bien comme un univers de sens, c'est-à-dire qu'en pratique, l'intervenante se réfère ici à un univers fortement protocolarisé en regard d'un plan d'intervention mieux adapté au contexte relationnel. L'un des pôles du schéma ne prend sens que par la lecture de l'autre pôle.

professionnels spécifiques ne constituent pas un lieu de rencontre interdisciplinaire. Ils constituent au contraire ce à propos de quoi les unes et les autres doivent se taire pour réaliser des translations pratiques suffisamment convaincantes pour les engager à la coopération. Leurs projets de monde sont trop différents. Cependant, elles partagent ce désir professionnel de transcendance, cet au-delà du traitement, ce rapport à l'intérêt public, en outre duquel elles partagent ces conditions praxéologiques et pratiques objets d'innombrables translations. Tout cela crée une impression de *communauté d'intervention*, certes conflictuelle et sous tension, mais qui fait en sorte qu'elles partagent un même destin pratique, terreau de toutes les paix.

Figure 30 : L'intervention comme espace de relations professionnelles

Schéma commun 3



Aller plus loin que le traitement

Le dernier des quatre schémas dessine les contours d'une intervention comme espace de **relations humaines**. Le sème structurant *commencer où eux autres sont prêtes à commencer/en attendant* indique une quasi inversion du sème premier structurant le schéma précédent. Ici, la posture humaniste se réalise dans les trous d'une technique secondaire à la vérité de la relation. La technique est généralement silencieuse, tacite, voire peu signifiante, véritable fourre-tout éclectique en travail social. Elle donne cependant un accès privilégié à la personne et permet, sur la base de la reconnaissance d'une commune humanité, d'aider le client quant au problème objet de la demande, mais aussi, voire surtout, au plan existentiel que le problème révèle ou sous-tend.

Mais par-delà l'énoncé de principe affirmant la nécessité humaine de concevoir l'intervention comme une auberge espagnole, où l'intervenante doit compter sur ce que la personne apporte dans la relation clinique, apparaît, lorsqu'on y regarde de plus près, une opposition importante entre *respecter les choix* du client et un travail incessant d'instillation normative, repérable par l'action de *faire des commentaires*. Ces commentaires, et cette diversité d'action sur les attitudes, sont dits secondaires à l'action d'accompagnement existentiel, car ils concernent que les contenus d'un processus fondamental, transversal à la pluralité des situations, parce qu'affaire humaine.

Au total, selon cette perspective, l'intervention est fondamentalement l'accompagnement d'un existant en cheminement vers ses solutions. Cependant, pour prendre une métaphore nautique, cet accompagnement se réalise en dérive. Le cheminement est celui de l'existant, qui choisit lui-même le cap désiré. Mais par une série d'actions plus ou moins fortes, plus ou moins explicites, l'intervenante-dériveur influe discrètement, parfois imperceptiblement sur l'orientation de la trajectoire, mais d'une façon néanmoins efficace. La destination devient destinée sociale, et l'auberge espagnole cabinet diététique du bien manger.

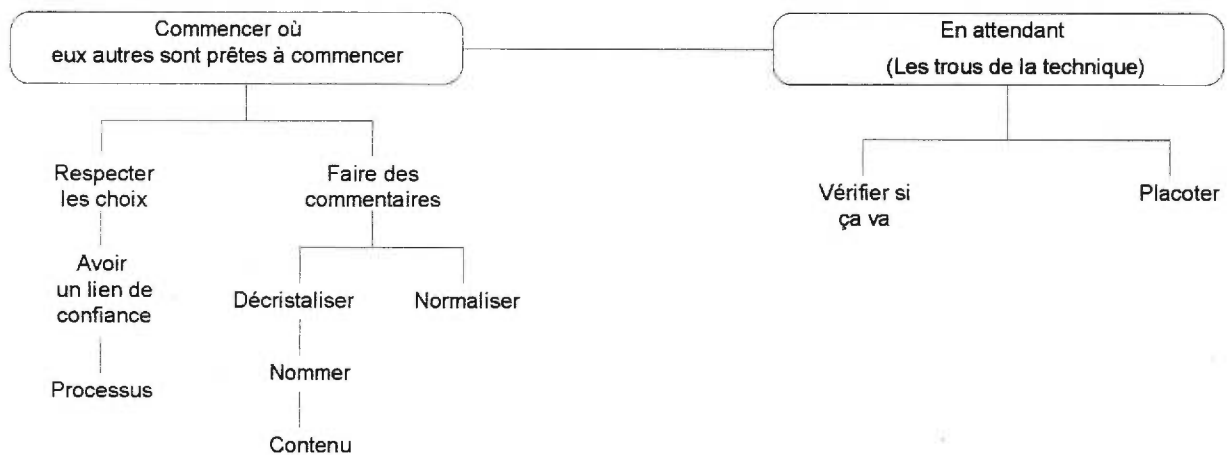
À propos de l'interdisciplinarité pratique, la rencontre est possible sur la reconnaissance de l'humanité de toute relation de services, sur le caractère processuel des interventions, parfois sur la définition des objectifs de changement. Ici, le modèle McGill constitue une condition importante de l'interdisciplinarité pratique, parce qu'il permet, mieux que d'autres modèles, la reconnaissance interprofessionnelle de la commune humanité. Cependant, la largeur du

focus relativiste que cela exige diffère clairement d'un groupe professionnel à l'autre, et d'une tâche à l'autre. S'il est sans doute possible de se rencontrer quant à la souffrance existentielle du client, le rapport à l'action ne converge pas forcément aussi facilement selon qu'on l'intègre à son environnement ou non, par exemple. En fait, nous nous questionnons sur la profondeur de l'enracinement du modèle McGill, ou plus précisément sur les tensions qui existent entre ce modèle et d'autres modèles, tensions évidemment structurantes de l'*ethos* infirmier, dont les principaux promoteurs proclament l'unicité.

Figure 31 : L'intervention comme espace de relations humaines

Schéma commun 4

L'INTERVENTION COMME ESPACE DE RELATIONS HUMAINES



Je vais cheminer ce que j'ai à cheminer avec

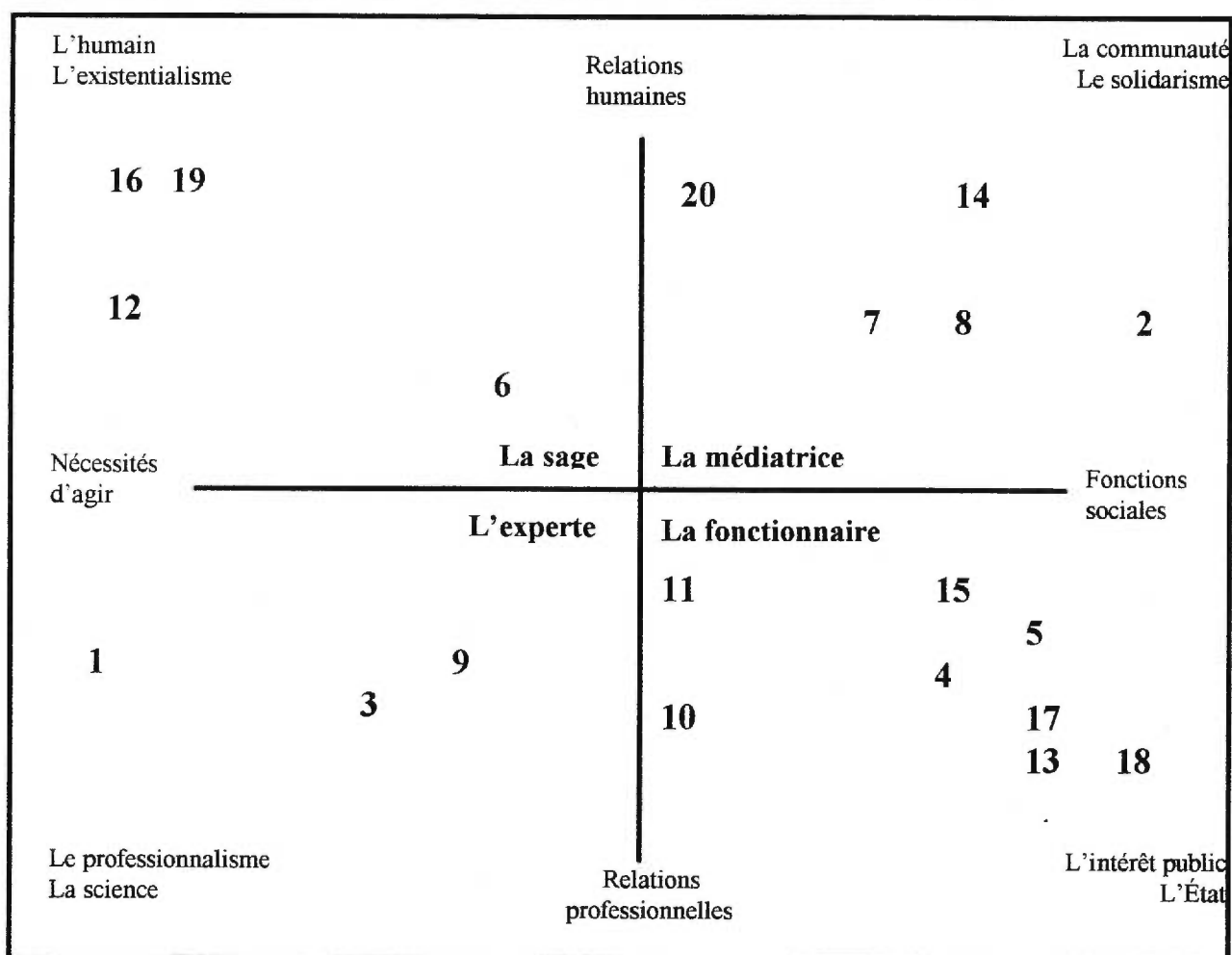
Les quatre schémas communs s'articulent en pratique entre eux et sont présents en diverses proportions dans l'ensemble des entretiens de recherche. De façon globale, le dernier schéma traduit le mieux ce que disent spontanément les locutrices de leur pratique. Elles parlent en effet d'abondance de l'aspect relationnel, humaniste et relativiste de leur intervention. Ce schéma est celui qui émerge le plus rapidement lors d'une première lecture des matériaux de recherche. Une analyse plus approfondie permet cependant d'élucider les schémas restés dans son ombre. Le troisième schéma apparaît le premier chez certaines infirmières, pour lesquelles l'intervention a une composante technique importante. Le second schéma apparaît aussi relativement facilement pour les intervenantes des deux groupes professionnels travaillant au sein de programmes (soutien à domicile, périnatalité, santé et sécurité au travail). Mais au-delà de ces premiers foyers relativement évidents, l'analyse permis d'élucider les quatre schémas, certes présent à divers degrés dans l'ensemble des entretiens. Encore une fois, nous pensons que le premier déterminant de la signifiante des schémas pour dire la pratique de ces intervenantes n'est pas la discipline mais bien la tâche et la position que chacune occupe au sein de l'organisation du travail dans ce C.L.S.C.

Malgré ce que nous venons d'écrire sur l'utilité différenciée des quatre schémas pour dire la pratique des intervenantes, et malgré nos diverses et soutenues préventions contre un usage taxonomique de nos travaux, il est intéressant de faire un exercice de classement disciplinaire afin d'illustrer notre point de vue sur l'importance de la tâche et de la position dans l'organisation dans la construction de l'intervention. Pour ce faire, nous avons distribué les vingt schémas spécifiques en regard de deux continuum structurant les univers de sens de l'intervention. Nous posons en un premier continuum les rapports que les unes et les autres entretiennent avec les espaces des *relations humaines* et des *relations professionnelles*. Il est légitime de les poser en continuum dans la mesure où entre les deux pôles se trouvent toutes les teintes possibles du relationnel, dont le statut nous apparaît en effet central pour l'analyse des constructions de l'intervention. Le second continuum *nécessités d'agir/fonctions sociales* se pose aussi en un continuum logique dans la mesure où ces deux schémas offrent des légitimités externes à l'intervenante pour agir plus ou moins unilatéralement et avec plus ou moins de force dans la vie d'autrui. Le croisement de ces deux continuum permet, de façon strictement heuristique, de positionner les entretiens⁸² de recherche de façon tendancielle.

⁸² En effet, ce sont bien des entretiens de recherche que nous classons ici et non des intervenantes.

Cette mise en forme à le défaut de s'arrimer à une analogie mathématique où le point de rencontre est zéro. Cela est embêtant puisque nous voulons poser ces pôles de façons structurales, c'est-à-dire que l'un des pôles n'est pas la négativité de l'autre mais bien sa complémentarité signifiante. Cela écrit, convenons qu'une position plus ou moins éloignée d'une axe indique une intensité à auteur variable du schéma. Convenons aussi, en l'absence de valeur zéro absolue, que la position d'un entretien en un point signifie la faible présence des autres schémas, mais nullement leur absence. Les chiffres réfèrent aux numéros d'identification des schémas spécifiques.

Figure 32 : l'aire des positions possibles en regard des quatre schémas communs



Ce travail de classement nous a permis de nommer des formes identitaires transdisciplinaires. À la confluence des schémas des *relations humaines* et des *nécessités d'agir* se trouve une intervention d'inspiration existentialiste où la figure de la **sage** donne une représentation type de l'intervenante. Ici, une conception de l'humain est au cœur de l'action. L'intervenante est une *co-existante* dont la distance au problème et l'expérience lui permettent de partager une certaine sagesse. La cible de l'intervention est la croissance personnelle de la cliente, de façon incidente celle de l'intervenante. Il pourra s'agir d'instiller des attitudes, mais toujours au non d'une *commune humanité* qui impose ses propres nécessités d'agir.

À la confluence des schémas des *relations humaines* et des *fonctions sociales* se trouve une intervention d'inspiration solidariste où la figure de la **médiatrice** donne une représentation type de l'intervenante. Une conception de la communauté est au cœur de l'action. L'intervenante est à l'interface d'appareils d'État, de communautés, de systèmes familiaux, entre autres. L'intervention est ici plurivoque, et cible autant la personne demanderesse que lesdits appareils d'État, par exemple. Il s'agira de réaliser, pas à pas, et modestement, un projet de changement social, au nom des valeurs et des exigences du *vivre ensemble*.

À la confluence des schémas des *fonctions sociales* et des *relations professionnelles* se trouve une intervention visant l'intérêt public, entendu comme intérêt collectif supérieur, où la figure de la **fonctionnaire** donne une représentation type de l'intervenante. Ici, il faut spécifier que nous employons le terme de fonctionnaire sans aucune référence à la *doxa* libérale exprimant toutes les figures de la paresse par cet unique terme. Nous référons plutôt au sens politique du vocable, référant à l'employé qui occupe une fonction cruciale au sein d'un appareil complexe, comme garant de la réalisation de l'universalisme démocratique en gérant et en appliquant de façon désintéressée, et indépendante des rapports marchands, les décisions prises par l'État. Une conceptualisation de l'État et de ses diverses institutions, comme incarnations de l'intérêt public, est ici au cœur de l'intervention. Sa réalisation passe par une action sur les clientèles, au mieux avec leur accord, sinon à l'encontre de leur volonté, toujours dans l'intérêt général. Ici, l'intervention spécifique participe de la réalisation d'un *projet de société* tel qu'institué. Les projets émancipateurs y sont possibles, mais d'abord dans une perspective participationniste, puis éventuellement réformiste, dans le respect cependant des règles du jeu et de l'intérêt collectif.

Enfin, à la confluence des schémas des *relations professionnelles* et des *nécessités d'agir* se trouve une intervention fondée sur l'idéologie professionnaliste où la figure de **l'experte** donne une représentation type de l'intervenante. Les savoirs scientifiques, et leurs variantes techniques, sont au cœur de l'intervention. Sa réalisation passe par l'application spécifique, rigoureuse et rationnelle de méthodes de travail validées en vue de solutionner un problème spécifique. L'intervention est ici au service du *vrai positif*, comme autre figure de l'intérêt public.

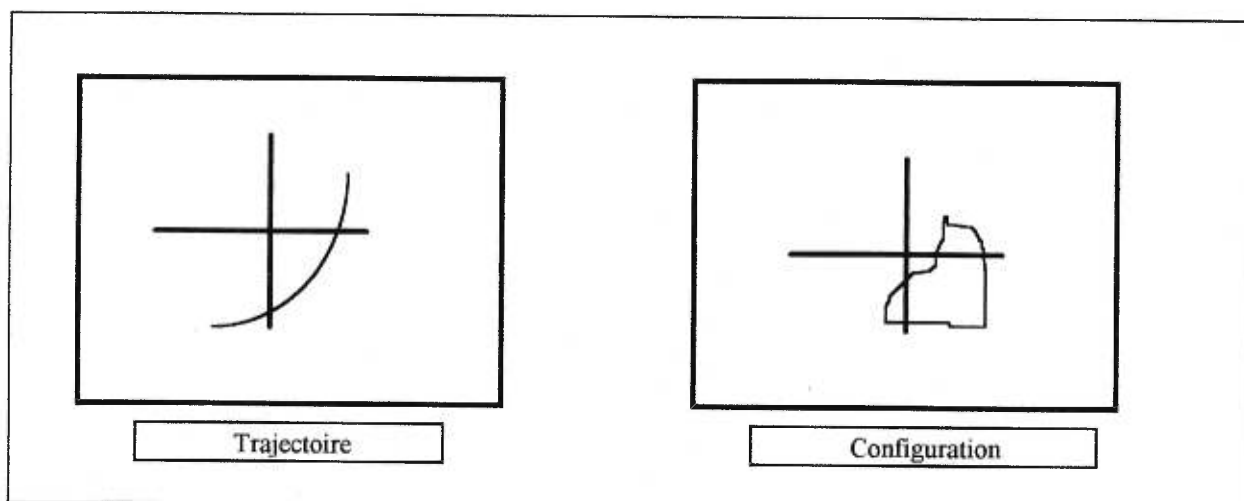
Mise à part la figure de *l'experte*, qui permet de positionner trois infirmières exécutant des tâches très techniques (audiographie, prélèvements sanguins, antibiothérapie), les trois autres figures regroupent autant des infirmières que des travailleuses sociales. De même, la fonction au sens strict, repérable par le poste officiellement occupé et tel que défini, ne permet pas de prédire la position qu'occupe une intervenante dans un schéma. Par exemple, une infirmière du soutien à domicile (le no.6) se retrouve dans la figure de la *sage*, alors que ses deux collègues du même secteur se retrouvent dans la figure de la *médiatrice*. Outre le fait que notre travail ne permet ni ne vise à prédire un tel positionnement, l'exercice permet d'éliminer une telle piste de recherche. Qu'est-ce qui distingue alors cette infirmière du soutien à domicile de ses collègues? C'est qu'en pratique, la situation spécifique d'intervention permettait et exigeait d'entrer dans la posture de la *sage*. En fait, la fonction occupée, soit la part socialement stabilisée de la tâche, ne prévoit pas toutes les dimensions d'une tâche forcément complexe. Et à cet égard, nul n'est dupe dans l'organisation, chacun connaissant la marge de manoeuvre nécessaire au travail de l'autre. Ici, nous soutenons la thèse qu'il y a convergence de cette analyse avec l'importance relative des invariants praxéologiques telle que soutenue au chapitre précédent. En fait, prendre une telle posture constituait, pour cette infirmière, dans cette situation donnée, l'un des possibles de son intervention s'imposant d'évidence.

Cette représentation graphique permet en outre de réfléchir aux conditions de la translation d'un univers de sens à l'autre, d'un espace de l'intervention à l'autre. De façon tendancielle, la translation de la *sage* à la *médiatrice*, et son contraire, est plus probable que le passage de la figure de la *médiatrice* vers la figure de *l'experte*. C'est que dans le premier cas, l'intervention se définit en commun en regard de l'espace des relations humaines. Les passages probables de la translation suivent plus facilement ces structures sémantiques. Des alliances

interdisciplinaires sont alors possibles sur la base du coitoiement des ces univers de sens, si les circonstances pratiques le permettent, bien entendu.

Une telle représentation permet en outre d'envisager les formes identitaires de façon dynamique, notamment en suivant une intervenante sur une longue durée. La pluralité des translations pourrait alors s'analyser, ce que notre recherche ne permet pas de faire. Par exemple, il serait possible d'analyser des trajectoires identitaires, retraçant dans la durée les positions d'une intervenante dans des communautés techniques en évolution, ou des configurations identitaires, retraçant au cas par cas, selon les exigences de la tâche, la forme identitaire la plus adéquate parmi celles possibles en un temps donne.

Figure 33 : Trajectoire et configuration identitaire



Les mises en forme identitaire que nous avons élaborées doivent être cependant distinguées des débats cruciaux et fréquents sur l'identité professionnelle dans les métiers relationnels. Malgré l'effort considérable et pertinent de certains auteurs (ex. : Dubar, 2000) pour complexifier la notion d'identité, celle-ci demeure pour nous équivoque, comme le traduit d'ailleurs son étymologie : le dictionnaire (Robert, 1981) nous indique que 1) il s'agit du caractère de ce qui est le même, et pose donc le rapport à l'altérité, et 2) du caractère de ce qui est unique, ce qui pose l'absence d'altérité. Si un tel équivoque n'est pas sans rappeler la théorie du social sur laquelle nous fondons notre recherche, nous préférons parler de *mise en forme identitaire* plutôt que d'identité au travail. En fait, notre conception de l'identité professionnelle se rapproche de la première acception, en la modalisant comme suit :

l'identité est la forme incorporée et caractérisante des possibles de la tâche. Ces possibles se sédimentent, s'incorporent, s'actualisent et se construisent, dans une certaine mesure, par le sujet professionnel, en regard des conditions de réalisation d'une telle activité. Les mises en forme identitaire appellent donc à l'analyse des processus, des matériaux, des règles et du contexte de leur construction. Il va cependant sans dire, au moins pour nous, que la stabilisation d'une forme identitaire procède de l'efficace même de l'intervention, mais elle n'en est pas à son principe. Un changement dans les conditions de la pratique provoquera un ajustement de la forme identitaire.

*

Nous avons dans cette partie analysé et reconstruit les univers de sens à partir des discours d'une vingtaine de locutrices, pour autant d'interventions. À partir des vingt schémas spécifiques, nous avons élaboré quatre schémas communs permettant de nommer autant d'espaces de l'intervention. Ces schémas nous permettent de réfléchir comment se sont énoncées les vingt interventions, sans pour autant nous permettre, il va sans dire, de décrire *in extenso* les univers de sens auxquels elles réfèrent. Outre le fait qu'il s'agit là d'objets incommensurables, ces univers de sens ne peuvent prendre pleinement leur sens qu'à travers les communautés techniques et une infinité de raisons pratiques en grande partie insaisissables à la recherche. De tout façon, telle n'était pas notre propos. Notre projet consistait plutôt à formuler une théorie substantive de l'intervention pour les vingt intervenantes en question, puis de monter en abstraction en proposant quelques matériaux d'une grammaire de l'intervention, pour lesquels nous soutenons la thèse qu'ils constituent autant de paramètres des possibles interdisciplinaires. Avec ce chapitre, se clôt la théorie substantive, entendue comme l'exposition et la formalisation progressives des constructions théoriques ancrées dans une réalité singulière.

Tout au long de ces derniers chapitres, nous avons soulevé des questions, formulé des hypothèses, avancé des concepts provisoires. Il est temps, pour la suite de la thèse, de les formuler de façon conceptuelle. Pour ce faire, il nous faut rapatrier, en outre des concepts émergents, les grands axes de l'élaboration de la problématique de recherche, et faire converger les réflexions laissées en plan tout au long de la théorie substantive. C'est à cette tâche que s'attaque la conclusion générale.

CONCLUSION GÉNÉRALE

INTERVENIR ET COOPÉRER : LA PROXIMITÉ AU TRAVAIL

Nous avons soutenu le caractère social et situé à la fois de l'intervention et son incidence sur l'élaboration même du travail, dont le travail interdisciplinaire. En regard de la complexité des situations, «c'est la coopération qui est au principe même de la construction de l'action» (Lacoste, 1995 : 28), en l'occurrence de l'intervention sociale. La coopération est donc forcément dé-terminée, élaborée du dehors d'elle-même, notamment parce qu'elle pose divers *autrui* proches ou participants de la nécessité de l'action. Cette proximité des acteurs légitimes engage les uns et les autres, éventuellement contre leur gré, dans un important effort de composition du travail que permet et exige à la fois l'élaboration d'une langue en partie partagée. Cette recherche a délaissé les mises en forme conceptuelle, politique, ou organisationnelle de cette coopération au travail, néanmoins observable par les jeux pratiques d'une langue partagée, car «seul le langage de l'activité, s'avère capable de constituer un langage commun» (Dejours, 1995 : 183).

1.1 Matériaux pour une théorie formelle de l'intervention

L'analyse des usages de la notion d'*intervention* présentée au sixième chapitre, et des constructions dont elle est l'objet dans les discours sur la pratique, au septième chapitre, bien évidemment en appui sur la problématique de recherche que nous avons exposée au début de cette thèse, nous invitent à proposer quelques matériaux d'une théorie formelle de l'intervention. Il s'agit bien de matériaux puisque nous n'avons pas la prétention de proposer une théorie générale de l'intervention, chantier d'une toute autre ampleur que celui ouvert par cette thèse. Notre projet est plus circonscrit et se limite à donner un statut à ces matériaux de façon à mieux comprendre le rôle qu'ils auront joué dans le développement de pratiques professionnelles interdisciplinaires en émergence, à la faveur d'une proximité au travail et de la création d'une langue pratique partagée.

1.1.1 Les statuts du relationnel et la *praxis*

L'intervention est de toute évidence une action relationnelle qui apparaît *a priori* comme une *praxis*, soit une véritable mobilisation du soi professionnel. Cependant, nous avons démontré

que ce relationnel a différents statuts, qu'il suffise de penser au versant *relations professionnelles* ou au versant *relations humaines* des espaces de l'intervention que nous avons exposés au chapitre précédent. Ces deux versants posent les thèmes de *l'engagement existentiel* et de *l'instrumentalisation* du relationnel comme autant de statuts limite accordés à la relation dans la réalisation du travail.

Quant à l'instrumentalisation de la relation, nous avons vu qu'en certaines circonstances l'intervention se sert de la relation pour faciliter le travail, en favorisant la collaboration du client, par exemple, ou qu'elle se réalise sous ce mode tant et aussi longtemps que les impératifs sociaux l'autorisent. Il est clair pour nous qu'elle n'est cependant pas l'entièreté de l'intervention, comme l'affirment parfois des intervenantes et des théoriciens, ni même sa première source de légitimation. Tout est plus, mais cela n'est pas rien, la relation apparaît comme l'un des principaux invariants praxéologiques, véritable condition de l'action qui se déroule dans un contexte relationnel, sur des objets relationnels. Le choix du relationnel n'est alors pas facultatif, comme il n'est pas l'affaire de travailleuses bienveillantes ou éclairées : il est condition indiscutable de la pratique. Le refus du relationnel, sous ses diverses formes, provoque *ipso facto* une expulsion du champ de pratique ou une souffrance professionnelle relativement grande, de la «désertion interne à l'institution» (Hirschman, 1972) à l'épuisement professionnel, en passant par toutes les voies possibles d'évitement (syndicat, travail cadre et, bien entendu, sortie volontaire du champ). Dejours écrit à ce propos que «Quand un travailleur a utilisé tout ce dont il disposait de savoir et de pouvoir sur l'organisation du travail [...alors] La certitude que le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer marque l'entrée dans la souffrance» (1993 : 64). De telles souffrances au travail sont d'autant troublantes qu'elles sont souvent vécues et ramenées à des considérations somatiques d'un contexte qu'il est interdit de prendre comme objet d'analyse, au-delà de la récrimination, bien entendu. Le refus, l'incapacité, ou la recherche de nouvelles modalités du relationnel comportent alors nombre de risques pour l'intervenante. Il importe donc que conditions du travail et invariants praxéologiques se subliment en destin, en désir et en *ethos* professionnel.

Dans les métiers relationnels, le thème de l'engagement est des plus importants et réfère selon nous à une double signification théorique. En pratique, il importe d'engager le client, au plan existentiel, dans une relation thérapeutique en grande partie «contre nature». Car

n'oublions pas qu'il ne va pas de soi d'aller dire ses peines à une inconnue qui, par ailleurs, *interviendra* dans notre vie, souvent en voulant la changer. En outre, selon la vieille doctrine corporatiste, le professionnalisme est fondé sur une véritable *profession de foi* (Dubar, 1995 : 133) en l'humanisme social qui, notamment dans les métiers relationnels, trouve sa contrepartie pour les clientèles en cette recherche obsessionnelle de l'engagement existentiel comme condition du changement véritable, soit un changement d'attitude. Cependant, il existe au moins une seconde signification à ce terme, que nous empruntons à la psychologie sociale. Dans cette perspective, l'engagement caractérise moins l'état de l'existant que son rapport au cours d'une action. Ici, ce sont les «circonstances qui engagent» (Beauvois, 1994 : 120). La déclaration de reconnaissance de la liberté fondamentale du client, et son envers la responsabilité existentielle, forment selon nous les conditions pratiques de la légitimation du travail dans les métiers relationnels. L'engagement existentiel du client autorise une action sur les attitudes qui, en d'autres circonstances, apparaîtrait comme brute intrusion dans la vie d'autrui. Beauvois écrit, dans ce lexique un peu froid de la psychologie sociale, que : «La déclaration de liberté n'affecte pas le comportement de l'individu qui va de toute façon se soumettre, mais elle engage cet individu dans son comportement de soumission» (1994 : 122). Ce faisant, l'intervention apparaît clairement comme une relation strictement sociale qui se déroule sous le mode de la relation existentielle.

Cette critique de l'équivoque des expressions reconnues que sont *métiers relationnels* et *services humains* quant au statut de la relation ouvre sur une reconceptualisation de notre objet. Pour reprendre l'analogie juridique déjà employée, il serait plus juste de parler de *métiers circonstanciels et jurisprudentiels* que de métiers relationnels. Ce relationnel se réduit alors à une condition de la pratique plutôt qu'il se déploie comme son objet, quoiqu'en dise le modèle McGill et les énoncés humanistes des travailleuses sociales, entre autres.

En fait, la notion d'*intervention* ne réfère pas expressément à une conceptualisation pratique du travail. Au contraire, ces appels idéologiques à une «praxisation» dans les métiers relationnels (Eraly, 1994) tendent à occulter, puis à naturaliser, la part socialement déterminée et normalisante au cœur de ces métiers. Nous avons écrit ailleurs qu'il s'agit là d'un renouvellement de la bonne vieille idéologie corporatiste, restaurée d'un lexique postmoderne (Couturier, 2000). Est-ce à dire alors que le travail des praticiennes ne se réalise pas comme

une *praxis* ? Cet énoncé serait par trop radical, au moins en regard de trois aspects. D'abord, nous convenons fort bien que les intervenantes investissent leur travail de façon à y instiller leurs propres désirs personnels et professionnels, malgré que les lexiques de l'intervention ne permettent que fort peu de dire cette part praxique du travail. Seconde prévention, la *praxis* est de toute évidence la modalité de réalisation des *ethos* professionnels qui visent sincèrement, d'une part, à humaniser les soins de santé et, d'autre part, à réaliser un projet de société fondé sur une plus grande justice sociale. Mais plus fondamentalement, comme troisième prévention, nous voulons souligner que le statut ici accordé à la *praxis* permet de formuler une question cruciale au développement de notre thèse : quoi comprendre de cette forte impression d'évidence qui se dégage des discours sur l'intervention alors que les intervenantes se revendiquent d'un humanisme et d'un relativisme méthodologique des plus signifiants pour dire leur pratique ? Nous soutenons que ce qui apparaît *a priori* comme un paradoxe se dissout dans la formulation même de notre théorie de l'intervention, notamment par l'affirmation que la *praxis* est modalité de réalisation de l'action sociale en une *épistémè performative libérale* où les technologies de soi pallient aux relativement impossibles ordonnances sociales directes dans les affaires de l'âme. S'il demeure toujours possible d'emprisonner, par exemple, ou de suspendre certains droits (Loi de la Curatelle publique, Loi de la protection de la jeunesse, etc.), l'essentiel de l'action sociale se réalise en un contexte «relativiste», d'où l'importance de la pensée postmoderne comme *analyseur* (Lourau, 1970) de l'*épistémè*. Mais cette action sociale, ne soyons pas dupes, se réalise néanmoins, quitte à délaissier les bio-pouvoirs dans leur version la plus brute, par des techniques de soi tout aussi efficaces.

Bien qu'elle n'en soit pas à son principe, la dimension praxique de l'intervention est donc selon nous la modalité socio-politique et épistémique de réalisation de l'action sociale en modernité avancée.

1.1.2 La place des impératifs sociaux et le monde des systèmes d'intervention

Cette action sociale par les techniques de soi procède évidemment d'impératifs sociaux, comme en témoignent les espaces *des nécessités d'agir* et *des fonctions sociales* exposés au chapitre précédent. La violence brute régaliennne n'étant plus possible en modernité avancée, puisque qu'en général considérée comme illégitime, les appareils d'État et de nombreux

appareils civiques problématisent certaines questions sociales de façon à les constituer en impératifs sociaux d'action sociopolitiquement définis qui engagent des interventions spécifiques.

Rappelons Barel (1973) qui désigne les systèmes d'intervention comme pivot de sa théorie de la reproduction sociale où s'articulent, au plan conceptuel, des *systèmes socioculturels*, issus d'un processus de formation du social nous rappelant le structurel de Giddens (1987), des *lieux décisionnels*, à travers l'ensemble des rapports de pouvoir qui se jouent dans une unité sociale concrète, et des *dynamiques de fonctionnement organisationnel*, soit le mouvement des diverses composantes d'une organisation sociale particulière. Ces divers systèmes à portée historique sont au principe de systèmes d'action, les systèmes d'intervention, qui répondent chacun à un complexe de problématiques sociales. Pour les groupes professionnels, véritables chevilles ouvrières des systèmes d'intervention les plus complexes, et pour les divers intellectuels des technostructures, chaque problème social devient un territoire de pratique à définir, puis à protéger. Dans un contexte où l'organisation des systèmes d'intervention se veut interdisciplinaire (en créant les C.L.S.C., en passant d'une logique de services à une logique de programmes, en passant d'une approche usager à une approche client, en introduisant le case management, le plan de services individualisé, l'outil multicientèle, etc.) la catégorie fédérative *intervention* devient, sans l'ombre d'un doute, un indice des transformations de l'organisation des systèmes d'intervention, de la professionnalité en tant que telle et, plus proche de notre objet premier, elle devient une condition lexico-pratique de la rencontre des différences professionnelles. Empiriquement, les lieux privilégiés d'observation de ces systèmes d'intervention sont les communautés techniques (Darré, 1985 : 28) dans lesquels se constituent et se réalisent les groupes professionnels locaux qui se forment par le partage concret des trois dimensions des systèmes d'intervention exposées ici.

Pour Darré, le groupe professionnel est ce groupe qui se concrétise par le fait d'être coactif (1985 : 29) dans une même communauté technique. Cette coaction, cette proximité au travail, cette conjugaison pratique de tâches, et cette proximité des systèmes techniques favorisent l'émergence de pratiques communes, dont l'élaboration d'une langue partagée à la faveur d'une activité dialogique (Darré, 1984) de proximité est l'une des conditions critiques. Si les paysans étudiés par Darré partageaient un terroir, des savoirs pratiques communs, une

position géo-climatique en gros commune, une production agricole en gros similaire, ce qui distingue les infirmières des travailleuses sociales à l'étude est, d'une part, une distance disciplinaire relative et, d'autre part, la variété des productions qu'elles réalisent et les champs de pratique de moins en moins exclusifs qui leur sont (plus ou moins) octroyés. Néanmoins, elles partagent un territoire commun, des clientèles communes, des programmes communs, entre autres, ce qui favorise la coaction et l'activité dialogique de proximité, notamment par la nécessité pratique de produire des récits-client institutionnels, professionnels, et interprofessionnels.

Il faut donc avoir ici une conceptualisation complexe des univers de sens qui sont à la fois distincts et partagés par les unes et les autres. C'est précisément à ce niveau que se réalise la translation, comme passage d'un univers de sens à l'autre, à la faveur de la proximité au travail. Pour ce faire, il importait de développer un outillage lexical arrimé aux systèmes d'intervention, tout en étant capable, si ce n'est de conceptualiser, d'au moins signifier la complexité des choses. La polysémie et la polyphonie de la notion d'*intervention* prend ici valeur dans la réalisation de l'action sociale actuelle.

C'est pourquoi les systèmes d'intervention forment pour nous le premier ancrage de la théorie formelle de l'intervention exposée ici. L'intervention n'est pas une affaire personnelle, ni seulement une affaire professionnelle. Elle est d'abord une affaire techno-politique, une action sociale protocolarisée dans un contexte épistémique *performatif libéral*, où les systèmes d'intervention actuels exigent et produisent l'engagement praxique dans et pour leur réalisation. C'est ici que la dimension des invariants praxéologiques prend tout son sens, comme réalisation pratique de cette unification conceptuelle entre des systèmes d'intervention fondés sur ce qui semble *a priori* une *praxis*.

1.1.3 Les raisons pratiques, le sens pratique et les invariants praxéologiques

Il appert alors nécessaire de repenser le concept d'invariants praxéologiques pour signifier cette translation première des systèmes d'intervention vers la *praxis*. Si nous sommes à l'aise avec la partie *praxéologie* du concept, évoquant l'idée d'une rationalisation de l'action, l'équivoque de la notion d'*invariant* nous préoccupe, avec le caractère de prévisibilité qu'elle évoque. Il doit s'agir sans doute d'un concept exprimant la lourdeur et l'inertie des mondes

sur les pratiques. Il s'agit également d'exprimer le caractère «régulé» desdits invariants tout en rappelant leur processus même d'actualisation et de réalisation en pratique. Pour nous, les invariants praxéologiques tels que reconstruits sont autant de désignations préconceptuelles et pratiques, parfois formalisées dans les écrits professionnels, du *sens pratique* (Bourdieu, 1980). C'est en ce sens que les invariants praxéologiques sont innombrables, et que la tentative de leur objectivation est illusoire. Nous pouvons substantivement nommer les principaux invariants praxéologiques à l'œuvre dans quelques discours de l'intervention d'un certain nombre de praticiennes, et espérer avec une relative confiance que ceux-ci trouvent écho dans la pratique d'autres praticiennes, par effet d'homologie. Nous pensons cependant plus utile de chercher à conceptualiser leur statut dans la production même des possibles de l'intervention et de l'interdisciplinarité pratique. C'est dans cette perspective que nous proposons une esquisse d'une grammaire de l'intervention.

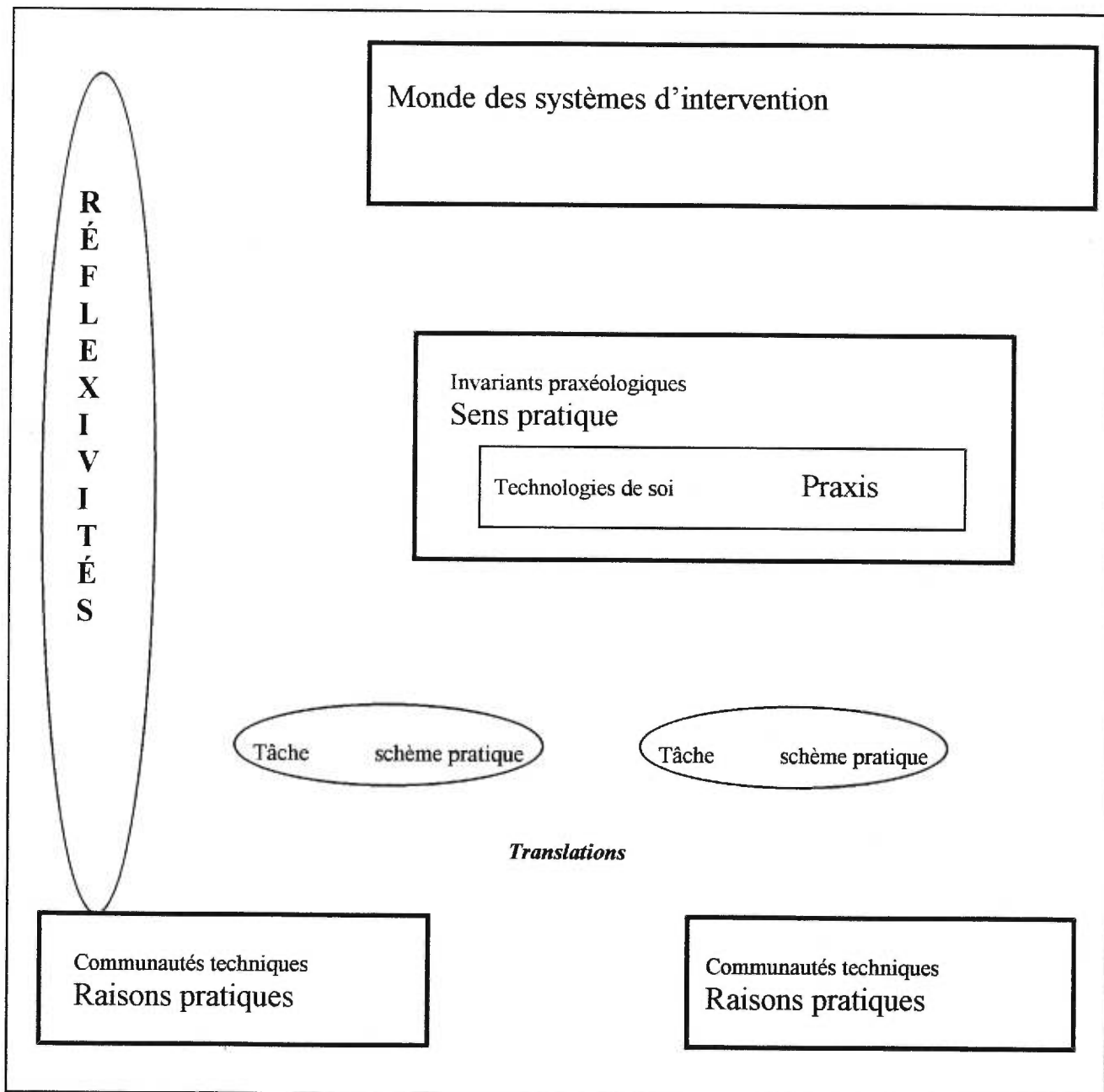
1.1.4 Esquisse d'une grammaire de l'intervention

Une formalisation de ces désignations substantives de l'intervention fournit donc des matériaux pour une grammaire de l'intervention. En fait, au terme de l'exercice, la grammaire constitue une articulation fonctionnelle des concepts les plus généraux élaborés tout au long de la production de la thèse. Elle prendra sa véritable valeur dans sa capacité heuristique pour des recherches ultérieures. Une telle grammaire permet de reconstruire ce que nous nommons des schèmes pratiques partagés, forcément complexes, évolutifs et situés. Il ne sert à rien de vouloir les identifier comme faits de nature, car s'il ne sont pas de nature, quoique *faits*, c'est-à-dire produit d'une action toute sociale et singulière à la fois.

Si nous employons les trois axes exposés *supra* pour structurer ladite grammaire, nous rejetons toujours l'idée, à la Habermas, de chercher un clef transcendantale et programmatique qui résolverait les limites et contradictions que l'articulation des trois axes implique. À cette recherche de la transcendance que serait, par exemple, une conception de l'intervention comme agir communicationnel, comme le suggère de façon fort bien argumentée Redjeb (1997), et à sa façon Renaud (1997), nous préférons l'humilité de la perspective de la composition pratique et de la navigation à vue qu'expriment les concepts de *sens pratique* et de *raisons pratiques* pour conceptualiser notre objet. Là où il est peut-être possible de rejoindre, au moins au plan formel, la réflexion des habermassiens, c'est que nous

pensons que l'intervention traduit une reconfiguration de l'épistémè comme condition de la pratique professionnelle actuelle. En fait, à chaque époque correspondent des possibles de l'action du social sur lui-même.

Figure 34 : Grammaire de l'intervention



La figure 34 ne fait que schématiser l'articulation théorique que nous faisons des différents concepts élaborés tout au long de cette thèse. Nous accordons au *monde des systèmes d'intervention* et à leur envers les diverses *raisons pratiques*, qui se produisent mutuellement par les dynamiques de réflexivité complexe, le statut de double ancrage de l'intervention. Cet ancrage permet aux invariants praxéologiques de se constituer en regard des possibles de la situation et des systèmes d'intervention. Nous accordons à la *praxis* cette position difficile au cœur même des invariants praxéologiques, comme réalisation pratique de l'*épistémè*. Ce faisant, nous induisons une grande part d'incertitude dans la production même de l'action sociale, incertitude néanmoins toute sociale.

Il va sans dire qu'une telle grammaire n'est pas pure objectivité, mais bien reconstruction théorique. Tout au plus permet-elle à l'observateur de se doter d'une lunette pour observer des constructions sociales réalisées à travers des pratiques changeantes, «nécessaire plasticité» (Soulet, 1997 : 12) du travail dans les métiers relationnels. L'analyse des univers de sens et des communautés techniques permet de réfléchir aux conditions de cette plasticité et à ses nombreuses mises en forme situées. Celles-ci conditionnent sur le terrain la production de différents schèmes pratiques toujours relatifs à une tâche particulière. La notion de *schème pratique* permet de souligner que, par-delà le caractère situé de l'intervention, ce que nous nommons le circonstanciel, l'intervention est aussi historique, jurisprudentielle, en ce sens que les mondes ne se recréent pas, *in abstracto*, par un sujet omnipotent, mais qu'ils se reproduisent par l'activité d'un sujet historique et contingent.

1.2 Les possibles interdisciplinaires

Ces matériaux d'une théorie de l'intervention permettent de concevoir l'interdisciplinarité pratique moins comme la nécessité éthique de la recomposition de l'Homme, fragmenté par l'obsessionnelle analytique de l'*indivis*, ni comme condition, s'il en est une, de la science postmoderne, mais bien comme une condition du travail dans les métiers relationnels en modernité avancée. Pour nous, cette condition qu'est l'interventionnisme est néanmoins épistémique, mais d'une *épistémè* que nous préférons nommer *performative libérale* plutôt que postmoderne. En fait, si nous constatons l'épuisement du projet de *mathesis*, et le retrait des épistémologies positivistes, nous constatons également une diffusion tout azimut des pensées du pondérable, du technocratique, du managérial, de l'efficacité marchande, de l'esprit

gestionnaire (Ogien, 1995), du cosmos économique (Bourdieu, 2000 : 16). Contre Lyotard (1979), nous pensons qu'il y a non pas épuisement des métarécits mais bien diffusion de nouveaux métarécits, dont au premier titre⁸³ ce que nous nommons le *performatif libéral*. Hors du désir du vrai positif et de l'ordre naturel de jadis, il y a aujourd'hui cet irrépressible désir du performatif, de l'efficace, et de son envers la liberté individuelle d'entreprendre et des allégories naturalistes qu'elle mobilise. Il en va de même de cette substitution du citoyen et de la démocratie par le consommateur et le marché. Et cet ordre, car il s'agit bien d'un ordre, exige le relativisme (formel) et l'humanisme (tout aussi formel) pour assurer sa prégnance nécessaire à la réalisation de l'unification peut-être paradoxale de la performance et de la liberté.

L'*épistémè* performative libérale se réalise en pratique selon deux conditions importantes, soit les processus de réflexivité complexe déjà exposés et les technologies de soi, le *soi* étant le lieu de production de l'engagement et donc de réalisation de l'action sociale actuelle. Ewald questionne pertinemment le lien qu'il y eut entre la forme étatique de l'État providence, père des pratiques professionnelles qui nous intéressent ici, et le bio-pouvoir : la crise de l'État providence indique-t-elle la crise du bio-pouvoir «ou si la «crise» n'est pas plutôt une étape de son développement » (1986 : 27) ? Nous pensons qu'il s'agit de la seconde hypothèse, mais qu'elle se joue différemment de ce qu'expose Ewald. Le bio-pouvoir se mute en technologies de soi, ce qui tend à reconfigurer la modalité d'action de l'État social sur le social, notamment en redéfinissant les conditions du travail des professionnelles, en engageant l'exigence de collaborer au travail, l'extension de la modalité relationnelle, l'expansion de l'interventionnisme (du côté de la prime enfance, par les garderies, du côté des marginalités, par les diverses modalités de travail de rue, etc.), la professionnalisation des pratiques parallèles (ex. : la psychologisation de pratiques jadis féministes), le développement du

⁸³ En fait, le fond de notre pensée est celui-ci : nous sommes régulièrement étonné d'entendre avec quelle vigueur et passion, avec quelle tonalité d'évidence et de positivité que s'énonce la pensée postmoderne. Milot écrit mieux que nous cela en posant l'aire du débat : «Aussi, le concept de postmodernité ne fait pas consensus, pas plus dans sa définition concurrentielle [...] que dans ses conditions de possibilité : pour les uns, il faut le resituer dans une historicité bien délimitée, pour les autres, c'est précisément cette opération qui demeure impensable. » (1994 : 91) Puis Milot se donne ce projet pour son essai : «Tout compte fait, et toute choses étant égales, donner à voir que le postmodernisme peut relever de la fiction théorique d'une part, et de la littéro-philosophie d'autre part, et en donner à lire les conséquences pour la fiction comme pour la théorie, pour la littérature comme pour la philosophie» (1994 : 92-93). Et si la pensée postmoderne constituait le premier des métarécits actuels ?

participationnisme formel (dans les conseils d'établissement scolaire, aux régies régionales, etc.), entre autres. Si l'État social quitte peu à peu le modèle universaliste et keynésien, il se constitue en un modèle performatif et libéral, communautarien au plan politique, mais néanmoins interventionniste puisque participant de ce désir irréprouvable de performance et de liberté d'entreprendre. Si les « technologies de l'implication » (1996 : 15) exposées par Nicolas-Le Strat caractérisent la gestion du social, elles exigent une action relationnelle de tous les instants au plan de l'intervention pour réaliser *l'institution de soi*, fondement de tous les libéralismes.

En fait, l'épistémè performative libérale, dont participe l'intervention, se fonde sur l'articulation du pondérable, comme condition du performatif, et des institutions de soi, comme condition du libéralisme. Véritable matrice du monde, où se trouve une relation forte entre impératifs sociaux et injonctions à s'autoproduire, l'épistémè performative libérale est d'abord productive d'un rapport de soi au monde, et de soi à soi, que contribue à réaliser l'État social libéral par son action sociale.

Autès (1998) présente deux grandes voies d'analyse du caractère de *relation de service aux personnes* en travail social, soit la voie du contrôle social, des micropouvoirs (Ewald, 1975), de la normalisation, puis la voie émancipatrice par laquelle l'action professionnelle cherche « à produire l'autonomie du demandeur » (1998 : 47). Il estime que ces deux voies sont moins concurrentes qu'il n'y paraît et que leur articulation pratique par les travailleuses sociales, en l'occurrence, traduit la complexité même du *travail sur le social*. Nous partageons ce point de vue, mais en le modifiant quelque peu. Nous pensons qu'il s'agit d'un processus d'assujettissement, en ce sens précis du travail d'élaboration d'une forme actuelle du sujet. Il ne faut cependant pas croire qu'il s'agit là d'une brute imposition ; l'assujettissement produit, engage et parfois force le statut symbolique du client et, au moins en ce qui concerne les travailleuses du social (tant travailleuses sociales qu'infirmières), produit une forme d'insertion sociale normalisée par leur travail sur les marges et les processus de marginalisation. L'interventionnisme se conçoit alors comme l'une des conditions importantes de la figure générale actuelle de la subjectivation. Deleuze lit comme suit la position de Foucault à ce propos:

La formule la plus générale du rapport à soi, c'est : l'affect de soi par soi, ou la force pliée. La subjectivation se fait par plissement. Seulement, il y a *quatre plissements*, quatre plis de subjectivation [...]. Le premier concerne la partie matérielle de nous-mêmes qui va être entourée, prise dans le pli [...]. Le deuxième est le pli du rapport de forces, à proprement parler ; car c'est toujours suivant une règle singulière que le rapport de forces est ployé pour devenir rapport à soi ; ce n'est certainement pas la même chose, quand la règle efficiente est naturelle, ou bien divine, ou rationnelle, ou esthétique...Le troisième est le pli du savoir, ou le pli de la vérité, en tant qu'il constitue un rapport vrai à notre être, et de notre être à la vérité, qui servira de condition formelle à tout savoir, à toute connaissance [...]. Le quatrième est le pli du dehors lui-même, l'ultime : c'est lui qui constitue ce que Blanchot appelait une «intériorité d'attente», c'est de lui que le sujet attend, sur des modes divers, l'immortalité, ou bien l'éternité, ou le salut, ou la liberté, ou la mort, le détachement...Les quatre plis sont comme la cause finale, la cause formelle, la cause efficiente, la cause matérielle de la subjectivité ou de l'intériorité comme rapport à soi. Ce sont ces plis qui sont éminemment variables, d'ailleurs sur des rythmes différents, et dont les variations constituent des modes irréductibles de subjectivation. Ils opèrent «en dessous des codes et des règles», du savoir et du pouvoir, quitte à les rejoindre en se dépliant, mais non sans que d'autres pliures se fassent. (1986 : 111-112)

Les pratiques professionnelles sont l'une des forces agissantes de l'État et de la science dans les plissements de la subjectivation. S'il est vrai que «L'exercice du pouvoir consiste à «conduire des conduites» et à aménager la probabilité» (Foucault, 1984 : 314), et que ce pouvoir est performatif, productif «du réel» (Foucault, 1975 : 196), il faut souligner que ces techniques de soi tendent, pour nous, à se substituer aux techniques de la domination en modernité avancée. Ce sont des «procédures [...] proposées ou prescrites aux individus pour fixer leur identité, la maintenir ou la transformer» (Foucault : 1994, 213). Les intervenantes sont alors les relais pratiques de ces propositions *prescriptives* de l'autoproduction de soi. L'interventionnisme et les pratiques professionnelles qu'il mobilise jouent alors sans aucun doute sur les quatre plis de la subjectivité tels qu'exposés par Deleuze. Mais nous pensons qu'elles ont surtout comme fonction de produire des effets de vérité (Foucault, 1994 : 171), mais moins la vérité qui se veut positive que celle des systèmes de normes performatives qui obligent le client à choisir entre la normalisation ou sa négativité, la marginalisation. Mais

ce n'est pas satisfaisant de dire que le sujet est constitué dans un système symbolique. Il est constitué dans des pratiques réelles - des pratiques analysables historiquement. Il y a une technologie de la constitution de soi qui traverse les systèmes symboliques tout en les utilisant. (Foucault, 1994 : 408-409)

Cette phrase cruciale rappelle la dialectique en jeu et prévient d'une lecture par trop structuraliste de cette thèse.

L'un des premiers jalons du développement de l'institution de soi consistait, si l'on se fie à Foucault, à ce que l'Homme se constitue comme objet de sa science. Plus spécifiquement, Foucault (1963) a admirablement soutenu cette idée surprenante pour un travailleur social que les sciences de l'Homme sont apparues du saut qualitatif qu'a permis le développement en médecine du regard clinique, soit le regard de celui qui s'incline sur le malade, le fou, aujourd'hui le client. Nos travaux sur cette langue commune de l'intervention peuvent se présenter *a posteriori* comme un cas de figure de cette thèse, cas de figure ancré dans une réalité empirique particulière de la dynamique épistémique exposée par Foucault. Le philosophe écrit que grâce au développement du regard clinique, la «santé remplace le salut» (1963 : 201) des âmes d'autrefois. Or, nous y avons vu un parallèle avec ce que nous avons soutenu précédemment, à savoir que l'idée même d'intervention se substitue à l'idée d'aide, et en partie à l'idée de soin. L'intervention remplace l'aide et le soin en les induisant dans une modalité de production de l'action sociale qui découpe de façon spécifique ses objets.

La clinique, c'est à la fois une nouvelle découpe des choses, et le principe de leur articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une science « positive ». [...] La *retenue* du discours clinique [...] renvoie aux conditions non verbales à partir de quoi il peut parler : la structure commune qui découpe et articule ce qui se *voit* et ce qui se *dit*. (Foucault, 1963 : XIV-XV)

La découpe du *voir* et du *dire*, qui se formule pour ces métiers liés à l'État par l'articulation publique du *voir* et du *entendre*, et professionnelle du *voir* et du *dire*, est moins structurante du rapport entre infirmières et travailleuses sociales, comme on pourrait le penser *a priori*, que du rapport à la tâche, selon qu'il s'agisse de faire la preuve de la nécessité d'agir ou d'instiller un changement d'attitude. Dans les deux cas de figure, l'intervention, comme action sociale à l'initiative de l'État, engage les unes et les autres à se mobiliser si ce n'est de façon concertée, au moins de façon négociée, et ce de façon telle que l'impératif d'action soit rencontré. La tâche, parce qu'elle est la rencontre concrète de la demande et de l'offre, des contraintes et des possibles, des désirs et des impératifs, est pour nous le lieu de tous les possibles interdisciplinaires. La généralité des tâches (qui implique la mal nommée *autonomie professionnelle*) et la proximité au travail (qui implique l'aménagement des lieux, la souplesse dans la gestion du travail par les intervenantes et, surtout, la capacité d'avoir une action multivalente) donnent forme aux possibles interdisciplinaires.

Nous avons emprunté à Crapuchet (1974) cette formidable intuition de la naissance d'une langue commune à *ceux qui interviennent*. Par-delà les différences disciplinaires, les luttes de champs, les conflits de grandeurs, nous avons démontré qu'il y a bel et bien élaboration d'une langue de l'intervention commune aux métiers relationnels. Et cette langue, comme pour toute autre langue, est d'abord le fait de la proximité au travail et de la nécessité pratique de réaliser des tâches. Au moins à cet égard, les C.L.S.C. ont été le creuset d'une formidable collaboration de proximité, en grande partie involontaire. Cette langue partagée est à la fois indice et condition des transformations de l'action de l'État social et de la professionnalité. Elle permet aux unes et aux autres, par-delà les différences disciplinaires, de se mobiliser sur un même objet, avec tous les mondes disciplinaires respectifs qu'elles traînent. Le travail de proximité, qui exige la production de ces si déterminants récits-client, est sans doute le premier lieu, et donc le premier possible de l'interdisciplinarité pratique. Celle-ci est d'abord pour nous une rencontre pratique autour des exigences communes des diverses tâches qui, elles-mêmes, construisent et mobilisent des communautés techniques adaptées à ces tâches. La relative souplesse organisationnelle permet aux unes et aux autres de négocier la tâche en vue de l'atteinte des objectifs sociaux, comme transcendance de l'action disciplinaire.

Quant au débat entre les disciplines, chaque groupe professionnel se revendique et se représente comme le mieux placé pour se poser comme pivot de l'interdisciplinarité. Outre le fait que ce débat se construit dans une perspective de monopolisation disciplinaire, et concerne d'abord la dimension gestionnaire de l'interdisciplinarité, le débat que nous avons abordé concernant la division même du champ disciplinaire peut être éclairant à ce propos. Les infirmières semblent avoir un avantage indéniable de par leur position imprenable à la jonction du médical et du social, position stratégique en C.L.S.C. Cette position est sans nul doute pour nous légitime en tant que telle. Mais si nous assumons l'idée que c'est à travers la réalisation des tâches qu'est surdéterminée l'interdisciplinarité, la position dans le champ disciplinaire devrait être moins significative pour réfléchir cette question que le rapport aux dites tâches. Et est-il pertinent de penser que l'interdisciplinarité est d'abord une affaire d'intrusion de disciplines fortes dans des champs disciplinaires faibles, où la tâche est incertaine ? Ce faisant, le champ de pratique du travail social serait celui qui permettrait aux professions fortes d'étendre leur pratique. Dans une perspective de domestication

disciplinaire, les professions fortes ont alors sans doute un avantage. Mais ce n'est pas de cette interdisciplinarité là dont nous traitons.

Dans le véritable bouillon de culture de la proximité au travail, l'interdisciplinarité est probablement davantage le fait de groupes professionnels occupant des positions faibles, car cette «faiblesse» traduit l'incertitude même du social et des sciences sociales dans leur «rapport à l'action» et «la recherche des conditions fondant l'usage réglé d'une intervention» (Berthelot, 1996 : 10). À ce point de vue, le travail social semble *mieux nanti* que le nursing. L'incertitude en travail social est certes plus grande, et surtout mieux assumée. Et l'incertitude consiste-t-elle en autre chose que de la faiblesse ? Pouvons-nous aussi la considérer comme un patrimoine disciplinaire du travail social, parmi d'autres ? De toute évidence, l'action sociale est le lieu premier de l'interdisciplinarité, et donc le champ de toutes les batailles. Nous pensons qu'il s'agit là d'une potentialité extraordinaire pour les travailleuses sociales en autant qu'elles assument pleinement les vertus de l'incertitude dans toute leur potentialité, c'est-à-dire dans leur complexité inouïe, complexité dont peuvent se revendiquer les sciences sociales, parfois à l'encontre des sciences de la vie. Pour ce faire, il faudra cependant modifier les cursus des écoles professionnelles en travail social de façon à ce que leurs diplômées soient mieux équipées pour assumer cette complexité revendiquée. Cela passe notamment par le dépassement de cette vision de la travailleuse sociale formée à faire un peu de tout, mais rien de précis. En fait, les vertus de l'incertitude en appellent moins à la formation de généralistes, formées sur trois ans, qu'à la formation de *spécialistes de l'incertitude*, et donc à une formation beaucoup plus longue, et beaucoup plus fondamentale que celles qui se donnent actuellement⁸⁴.

Ce caractère d'incertitude ne nous semble cependant pas suffisant pour réfléchir à fond notre question initiale. Rappelons que dans le chapitre sur l'élaboration de la problématique, nous

⁸⁴ Si nous nous permettons de telles réflexions, c'est que nous connaissons bien cette formation, pour y avoir été étudiant, puis formateur. Pour les raisons inverses, nous ne formulerons pas de telles commentaires quant à la formation des infirmières, à l'exception d'un : si nous reconnaissons d'emblée la légitimité et la pertinence de la part relationnelle du travail des infirmières, nous ne pensons pas qu'une formation en nursing reléguant les affaires de l'âme aux tacites de la pratique féminisée des infirmières suffisent à assurer une action socialement reconnue. La formation en nursing, déjà fort chargée, doit alors se doter des moyens de ses prétentions, sinon le groupe professionnel se verra constamment questionné quant à la profondeur de sa capacité d'action en la matière.

affirmions nous intéresser davantage au pôle pratique du débat sur l'interdisciplinarité qu'au pôle épistémologique. L'interdisciplinarité est en effet selon nous moins, beaucoup moins, un débat sur les disciplines en tant que telles qu'un débat sur la tâche et sur la position d'un groupe professionnel dans la division du *travail sur le social*. Or, sous cet aspect, les travailleuses sociales occupent une place que nous pensons privilégiée dans la mesure où elles se placent collectivement en hommes et femmes frontières agissant tant au niveau du client et de ces réseaux que de l'organisation et des politiques qu'elle met en œuvre dans l'intervention. Comme fait social total, l'intervention en travail social permet d'adapter à la complexité l'action professionnelle et d'agir de façon plurivoque et multicible sur le social. Et c'est l'espace de l'incertitude qui crée ce possible crucial.

Néanmoins, travailleuses sociales et infirmières ont toutes des avantages qui les autorisent à prétendre jouer un rôle au niveau de l'interdisciplinarité pratique. Comment (ou faut-il) alors trancher le débat ? Ici, nous tournons le regard du côté de la mise en forme de la rencontre interdisciplinaire. Nous pensons que la modalité organisationnelle C.L.S.C. a favorisé l'émergence d'une interdisciplinarité pratique, comme en témoignent l'élaboration de la langue pratique et les translations sémantiques qu'elle permet. Et c'est à ce niveau qu'il faut réfléchir l'interdisciplinarité de demain plutôt qu'au niveau du choix du groupe professionnel le mieux placé pour intégrer la pluralité des interventions en C.L.S.C. Il vaut probablement mieux créer de la proximité au travail et favoriser non pas le découpage des tâches mais leur globalisation, quitte à perdre un peu en matière de contrôle du travail.

Legault s'interroge sur ces questions en soulevant une hypothèse fort pertinente :

Existe-t-il quelque chose de commun à toutes ces pratiques auxquelles on réfère par le mot 'intervention'? [...] Si oui, ce dénominateur commun peut-il servir d'appui à l'élaboration de programmes d'enseignement et de recherche visant la compréhension et l'analyse des différentes interventions? (1997: 230)

Si nous pensons qu'il est possible de développer, comme il en existe déjà, des programmes interdisciplinaires de second et troisième cycle qui permettent de développer, ou plus justement de reformuler, des savoirs transversaux à certaines disciplines, notre thèse ne nous conduit pas vers une telle piste d'exploration. En fait, tant le nursing que le travail social sont déjà des professions de l'interdisciplinarité incarnée, notamment parce qu'elles sont aux

prises avec les exigences du monde vécu (Berthelot, 1996 : 10). Plus fondamentalement, nous pensons qu'il est plus fécond pour ces disciplines de se pencher sur deux questionnements de recherche pertinents pour le développement des pratiques interdisciplinaires.

D'une part, il est nécessaire de développer une analytique des conditions de travail telles que nous l'avons expérimentée ici, et ce en outre des analytiques déjà existantes. Par exemple, la question cruciale de la continuité des services peut se réfléchir sous l'angle de l'interdisciplinarité pratique, plutôt, comme c'est le cas actuellement, en regard des modalités interorganisationnelles de mise en séquences des actions. Comment se produisent et se diffusent les récits-client et les diagnostics pratiques lorsqu'existent des barrières organisationnelles, comme la présence de deux ou trois sites, par exemple. De même, nombre de projets pilote s'effectuent depuis quelques années en vue d'implanter une formule ou l'autre de management de cas. De telles implantations sont certes l'occasion d'observer comment s'élabore une communauté technique tant au plan sémantique, linguistique, que pratique.

D'autre part, notre travail ouvre sur le développement d'une méthode d'auto-analyse du travail dans les métiers relationnels, méthode d'autoréflexion professionnelle, mais d'une réflexivité complexe, inscrite dans le mouvement de production du social. Ce projet, sur lequel nous nous apprêtons à oeuvrer, se fonde sur l'idée que les gains de réflexivité peuvent dépasser ceux que proposent les méthodes centrées sur l'unique réflexivité existentielle. Ainsi, si la pratique se réalise à la lumière de l'incommensurable complexité du monde vécu, qui impose ses propres règles, il est possible d'espérer un gain de méthode sur l'incommensurable, de façon à élucider ce qui nous lie et nous médie à ce monde. Le projet n'est pas de s'en émanciper, projet illusoire s'il en est un. Il s'agit plutôt d'ajouter aux savoirs formels et d'expérience, un savoir de raison, un savoir *analyser* sa propre pratique. Là, et là principalement, peut se trouver un gain en réflexivité, ici peut-être en son sens existentiel.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDELMALEK, Ali Aït et Jean-Louis GÉRARD (1995), *Sciences humaines et soins*, Paris, Interéditions.
- ACCARDO, Alain (1979), *Initiation à la sociologie de l'illusionnisme social*, Paris, Éd. du mascaret.
- ACKER, Françoise (1991), «La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire», *Sciences sociales et santé*, vol. IX, no. 2 : 123-144.
- ACKERMANS, Alain et Maurizio ANDOLFI (dir.) (1987), *La création du système thérapeutique. L'école de la thérapie familiale de Rome*, Paris, E.S.F.
- A.C.S.A.L.F. (1982), *L'intervention sociale*, Montréal, St-Martin éd.
- ADAM, Evelyn (1979), *Etre infirmière*, Montréal, H.R.W.
- AGUILERA, Donna (1995), *Intervention en situation de crise*, Saint-Laurent, E.R.P.I.
- AGUILERA, Donna et Janice MESSICK (1976), *Intervention en situation de crise*, Saint-Louis, Mosby Company.
- ALTET, Marguerite (1991), «Les dispositifs d'analyse des pratiques pédagogiques en formation d'enseignants : une démarche d'articulation pratique-théorie-pratique», dans BLANCHARD-LAVILLE, C. et D. FABLET. *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan : 11-26.
- ALTHUSSER, Louis (1970), «Idéologie et appareils idéologiques d'État (notes pour une recherche)», *La pensée*, no. 151 : 3-37.
- AMIQUET, Olivier et Claude JULIEN (1996), *L'intervention systémique dans le travail social*, Lausanne, I.E.S éd.
- APOSTEL, Léo (1972), *L'interdisciplinarité. Problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités*, Paris, O.C.D.E.
- ARGYRIS, Chris (1995), *Savoir pour agir*, Paris, Interéditions.
- AUDET, Michel et Hamid BOUCHIKHI (dir.) (1993), *Structuration du social et modernité avancée, autour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, P.U.L.
- AUTÈS, Michel (1998), «La relation de service identitaire, ou la relation de service sans services», *Lien social et politiques*, no.40 : 47-54.
- AUTISSIER, Monique (1996), *Techniques de manutention*, Vélizy, éd. Lamarre.
- BARBEAU, Alain (1982), «Réflexions en vue d'établir des balises pour l'intervention

- sociologique», dans A.C.S.A.L.F., *L'intervention sociologique*, Montréal, St-Martin éd. : 55-66.
- BAREL, Yves (1973), *La reproduction sociale. Systèmes vivants, invariance et changement*, Paris, Anthropos.
- BEAUDOUIN, Ginette et al. (1998), «L'intervention de groupe au service des enfants exposés à la violence conjugale», *Interventions*, no. 107 : 19-32.
- BEAUPRÉ, Pauline (1992), «Intervention précoce et processus d'intégration globale», dans G.R.I.P. *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke : 39-46.
- BEAUVOIS, Jean-Léon (1994), *Traité de la servitude libérale. Analyse de la soumission*, Paris, Dunod.
- BÉGIN, Diane et Suzanne DORÉ (1992), «Pistes de réflexion sur le développement des services d'intervention précoce au Québec», dans G.R.I.P., *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke : 9-28.
- BELLEY, Jean-Guy (1997), «La pratique professionnelle du droit comme prudence politique», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, G.G.C. : 45-60.
- BELPAIRE, François (1994), *Intervenir auprès des jeunes inadaptés sociaux*, Laval, Privat, 1994.
- BENNER, Patricia (1995), *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Saint-Laurent, E.R.P.I.
- BERNARD, Claude (1966), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion.
- BERNIER, Bernard (1982), «Anthropologie et intervention sociale», dans A.C.S.A.L.F. *L'intervention sociale*, Montréal, St-Martin : 15-23.
- BERNIER, Roger et Yvan GOULET (dir) (1983), *L'intervention auprès des aînés : une aide ou une entrave*, Sherbrooke, Éd. de l'Université de Sherbrooke.
- BERTHELOT, Jean-Michel (1996), *Les vertus de l'incertitude*, Paris, P.U.F.
- BERTHELOT, Jean-Michel (1990), *L'intelligence du social*, Paris, P.U.F.
- BERTOT, Jocelyn et André JACOB (1991), *Intervenir avec les immigrants et les réfugiés*, Montréal, Méridien.
- BIZIER, Nicole (1983), *De la pensée au geste: un modèle conceptuel en soins infirmiers*, Montréal, Décarie.

- BLANCHET, A. et A. GOTMAN (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.
- BOLTANSKI Luc et Laurent THÉVENOT (1991), *De la justification*, Paris, Gallimard.
- BORU, Jean-Jacques (1988), «L'intervenant social, entre procès de conduite et procès d'action»,
Pour, no.119 : 22-32.
- BOUCHARD Camil (1987), «Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante», *Service social*, vol. 36, nos 2 et 3 : 454-477.
- BOUDON, Raymond et François BOURRICAUD (1982), *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, P.U.F.
- BOURDIEU, Pierre (1994), «À propos de la famille comme catégorie réalisée», *Actes de recherches en sciences sociales* : 32-37.
- BOURDIEU, Pierre (1987), *Choses dites*, Paris, Éd. de minuit.
- BOURDIEU, Pierre (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz.
- BOURDIEU, Pierre (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éd. de minuit.
- BOURDIEU, Pierre (dir.) (1993), *La misère du monde*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1980), *Le sens pratique*, Paris, Éd. de minuit.
- BOURDIEU, Pierre (2000), *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1987), *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1980), *Questions de sociologie*, Paris, éd. de minuit.
- BOURDIEU, Pierre (1994), *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre et Loïc WACQUANT (1992), *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- BOUTIN, Gérald et Paul DURNING (1994), *Les interventions auprès des parents*, Toulouse, Privat.
- BRASSARD, Jacqueline et Jean DUHART (1978), «Approche critique d'un type de division du travail : l'équipe hospitalière de soin», dans C.N.R.S., *Santé, médecine et sociologie*, Paris, C.N.R.S. : 171-179.
- B.R.I.C. (1993), *Les principes d'intervention de première ligne en C.L.S.C.*
- BRODEUR, Claude et Richard ROUSSEAU (1980), «Essai de formalisation du projet d'intervention de réseaux», *Service social*, no. 3 : 313-321.
- BUTEAU, Hélène (1982), «Les services de santé scolaire : leur évolution face aux besoins de santé des adolescents», dans A.C.S.A.L.F. *L'intervention sociologique*, Montréal, St-Martin

- éd. : 193-202.
- CAILLÉ, Phillipe (1987), «L'intervenant, le système et la crise», *Thérapie familiale*, no. 4 : 359-370.
- CARPENITO, Lynda (1986), *Diagnostic infirmier*, Paris, M.E.D.S.I.
- CARPENTIER-ROY, Marie-Claire (1991), *Corps et âmes. Psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, Liber.
- CASTEL Robert (1988), «Relation d'aide et politiques d'État en matière d'interventions sociales : du modèle clinique au modèle systémique», dans FREYSSINET, M. et S. MAGRI. *Les rapports sociaux et leurs enjeux*, Centre de sociologie urbaine : 45-57.
- CAZELLET, Lisette (1984). «Apport de la formation pour l'introduction des diagnostics infirmiers», dans COLL., *Le diagnostic infirmier*, Paris, Lamarre : 31-44.
- CENTRE DE RECHERCHE EN DROIT PRIVÉ ET COMPARÉ DU QUÉBEC (1985), *Dictionnaire du droit privé*, Montréal.
- CHALIFOUR, Jacques (1989), *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique - humaniste*, Paris, Éd, Lamarre.
- CHAMPAGNE, François et Jean-Louis DENIS (1992), «Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation», *Service social*, vol. 41, no. 1 : 143-164.
- CHAUVIÈRE, Michel (1989), «La volonté d'intervenir», dans *Informations Sociales*, no.1 : 6-20.
- CHAUVIÈRE, Michel (1997), «Techniques sociales, entre idéal républicain et inspiration humaniste», dans DERIDDER, Guido (dir.), *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan : 79-108.
- CHOPART, Jean-Noël (1997), «Le travail social à l'épreuve du libéralisme: quelles régulations pour les professions de l'intervention sociale?», dans DERIDDER, Guido (dir.), *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan : 151-180.
- COLLIERE, Marie-Françoise (1982), *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Interéditions.
- COOK, Sue et Karen LEE FONTAINE (1991), *Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale*, Montréal, éd. Du renouveau pédagogique.
- CORBIN, Juliet (1992), «Le soin : cadre théorique pour un cheminement interactif», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 28/68 : 39-50.

- CORCUFF, Philippe (1995), *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan.
- COTINAUD, Olivier (1976), *Groupe et analyse institutionnelle. L'intervention psychosociologique et ses dérivés*, Paris, éd. du centurion.
- COULON, Alain (1987), *L'ethnométhodologie*, Paris, P.U.F.
- COUTURIER, Yves. (2000), «L'inflation réflexive dans le courant praxéologique: indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste», *Nouvelles pratiques sociales*, no. 1 : 137-152.
- COUTURIER, Yves (1998), *Réflexivité, sens pratique et habitus. Problématisation de la notion de pratiques professionnelles*, mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- CRAPUCHET, Simone (dir.) (1974), *Sciences de l'homme et professions sociales*, Toulouse, Privat.
- CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (1992), «Conclusion générale», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 229-233.
- CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (1992), «Introduction», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 17-20.
- CREVIER, Violaine (1994), *L'interdisciplinarité dans les sciences humaines: mot magique, mot piège ou mot pluriel?*, Ph. D en sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- CROFF, Brigitte (1994), *Seules. Genèse des emplois familiaux*, Paris, Métailié.
- DANKAERT, André (1989), «Espace transitionnel et interventions de crise», *Perspectives*, no.13 : 98-126.
- DARRÉ, Jean-Pierre (1980), «Expression, sens et pratique», *Langage et société*, no. 12-06 : 24-27.
- DARRÉ, Jean-Pierre (1985), *La parole et la technique. L'univers de pensées des éleveurs du Ternois*, Paris, L'harmattan.
- DARRÉ, Jean-Pierre (1984), «La production des normes au sein d'un réseau professionnel. L'exemple d'un groupe d'éleveurs», *Sociologie du travail*, no.2 : 141-156.
- DARRÉ, Jean-Pierre (1978), *Liberté et efficacité des groupes de travail*, Paris, éd. Ouvrières.
- DARVAL, Roger (1995), «Praxéologie » dans *Encyclopedia universalis*, Paris, corpus 18 : 868-869.
- DE MONTMOLLIN, Maurice (1986), *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*, Berne, Peter Lang.

- DEFERRARI, R.J. (1960), *A Latin-English Dictionary of St-Thomas Aquinas*, Washington, St-Paul.
- DEGAULEJAC, Vincent (1992), «La sociologie et le vécu», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 27/67 : 15-20.
- DEJOURS, Christophe (1995), «Analyse psychodynamique des situations de travail et sociologie du langage», dans BOUTET, Josiane, *Paroles au travail*, Paris, L'Harmattan : 181-225
- DEJOURS, Christophe (1995), *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard
- DELEUZE, Gilles (1975), «Écrivain non : un nouveau cartographe», *Critique*, no. 343 : 1207-1228
- DELEUZE, Gilles (1986), *Foucault*, Paris, de Minuit.
- DELVILLE, Brigitte (1974), «Politique sociale. Un ensemble de techniques des sciences sociales et humaines dans l'entreprise», dans CRAPUCHET, Simone (dir.), *Sciences de l'homme et professions sociales*, Toulouse, Privat : 204-221.
- DEMAILLY, Lise (1998), «Les métiers relationnels de service public approche gestionnaire, approche politique», *Lien social et politiques*, no. 40 : 17-24.
- DEMAZIÈRE Didier et Claude DUBAR (1997), *Analyser les entretiens biographiques*, Paris, Nathan.
- DERIDDER, Guido (1997), «Changement de régime ou crise de l'intervention sociale?», dans DERIDDER, Guido (dir.), *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan : 11-26.
- DERIDDER, Guido (1997b), «Les professions de l'intervention sociale: l'éclatement?», dans DERIDDER, Guido (dir.), *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan : 257-294.
- DEROBERTIS, Christina (1981), *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Paris, Centurion.
- DESJARDINS, Édouard, GIROUX Suzanne et Eileen FLANAGAN (1970), *Histoire de la profession infirmière au Québec*, St-Jean, Éd. du Richelieu.
- DOENGES, Marilyn et al. (1996), *Diagnostics infirmiers et interventions*, Montréal, éd. du renouveau pédagogique.
- DORÉ, Nicole (dir.) (1995), *Mieux vivre avec son enfant*, Québec, Publication du Québec.
- DUBAR, Claude (2000), «La dynamique des formes identitaires professionnelles», *Les*

- politiques sociales*, no.1 : 25-34
- DUBAR, Claude (1995) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin éd.
- DUBÉ, Marie-Josée (1998), «Un partenariat pour répondre aux besoins des parents toxicomanes et de leurs enfants victimes de négligence», *Interventions*, no. 107 : 43-51.
- DUBÉ, Robert et Marjolaine ST-JULES (1987), *Protection de l'enfance. Réalité de l'intervention*, Montréal, Gaëtan Morin éd.
- DUBET, François et Michel WIEVIORKA (1981), «L'intervention sociologique», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 5/45 : 115-122.
- DUBOIS, Jean et al. (1973), *Dictionnaire de linguistique*, Paris, Larousse.
- DUBOST, Jean (1987), *L'intervention psycho-sociologique*, Paris, P.U.F.
- DUBOST, Jean (1992), «Psychosociologie, technique et travail social», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 65-76.
- DUBOST, Jean (1987b), «Sur les sources techniques de l'intervention psychosociologique et quelques questions actuelles», *Connexions*, no.49 : 7-28.
- DUCROT, Oswald (1980), *Les mots du discours*, Paris, Éd. De minuit.
- DUHAMEL, Fabie (dir.) (1995), *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*, Montréal, Gaëtan Morin éd.
- DUHART, Jean et Jacqueline CHARTON-BRASSARD (1973), «Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale», *Revue française de sociologie*, no. XIV : 77-101.
- DURANQUET, Mathilde (1992), «Le service social individuel et familial», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 109-124.
- DURANQUET, Mathilde (1974), «Le service social individuel et familial ou case work social», dans CRAPUCHET, Simone (dir.), *Sciences de l'homme et professions sociales*, Toulouse, Privat : 124-141.
- DURKHEIM, Émile (1928), *Le socialisme : sa définition, ses débuts, la doctrine st-simonienne*, Paris, Alcan.
- DUSSIOT, Jacques (1992), «Administration et politique sociale», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 181-190.

- DUTRÉNIT, Jean-Marc (1993), «Déterminisme ou liberté? Paradigmes scientifiques et intervention sociale», *Service Social*, vol. 42, no. 3 : 103-136.
- EHRENREICH, Barbara et Dierdre ENGLISH (1976), *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Éd. remue-ménage.
- ENRIQUEZ, Eugène (1977), «Interrogation ou paranoïa : enjeu de l'intervention psychosociologique», *Sociologie et sociétés*, no.2 : 79-104.
- ENRIQUEZ, Eugène (1993), «L'approche clinique: genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest», dans DEGAULEJAC, Vincent et Shierley ROY (dir.), *Sociologies cliniques*, Paris, E.P.I. : 19-35.
- ERALY, Alain (1994), «L'usage de la psychologie dans le management: l'inflation de la "réflexivité professionnelle"», dans BOUILLOUD, J-P. et B.-P.LECUYER, *L'invention de la gestion. Histoire et pratique*, Paris, L'Harmattan : 135-159.
- ETZIONI, Amitai (1971), *Les organisations modernes*, Duculot.
- EWALD, François (1975), «Anatomie et corps politiques», *Critique*, no. 343 : 1228-1265.
- EWALD, François (1986), *L'État providence*, Paris, Grasset.
- FAURE, Olivier (1992), «La mise en œuvre de l'interdisciplinarité : barrières institutionnelles et intellectuelles», dans PORTELLA, Eduardo (dir.), *Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte: enjeux, obstacles, perspectives*, Toulouse, Érès.
- FAVREAU, Louis (1989), *Mouvement populaire et intervention communautaire*, Montréal, Centre de formation populaire.
- FISCHER, Gustave-Nicolas (1992), *La dynamique du social. Violence, pouvoir, changement*, Paris, Dunod.
- FOUCAULT, Michel (1984), «Deux essais sur le sujet et le pouvoir», dans DREYFUS, Hubert et Paul RABINOW, *Michel Foucault. Un parcours philosophique*, Paris, Gallimard : 295-321.
- FOUCAULT, Michel (1994), *Dits et écrits*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1966), *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F.
- FOUCAULT, Michel (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FREEMAN, Ruth (1973), *Nursing social*, Montréal, H.R.W.
- FREYNET, Marie-France (1995), *Les médiations du travail social*, Lyon, Éd. Chronique sociale.
- GADREY Jean (1994), «Les relations de service et l'analyse du travail des agents», *Sociologie du*

- travail*, no 3, 1994 : 381-389.
- GENEST, Lise (1983). «Bilan d'une expérience d'infirmière auprès des personnes âgées vivant à domicile», dans BERNIER, R. et Y. GOULET (dir.), *L'intervention auprès des aînés une aide ou une entrave*, Sherbrooke, Éd. de l'Université de Sherbrooke : 395-412.
- GIDDENS, Anthony (1993), «Identité de soi, transformation de l'intimité et démocratisation de la vie», dans AUDET, Michel et Hamid BOUCHIKHI (dir.), *Structuration du social et modernité avancée, autour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, P.U.L. : 455-476.
- GIDDENS, Anthony (1987), *La constitution de la société*, Paris, P.U.F.
- GILLIOZ, Lucienne (1979), «Les pratiques infirmières en psychiatrie: approche sociologique», *Revue suisse de sociologie*, no.5 : 381-397.
- GIRARD, Janine (1992), *Intervention infirmière auprès du soignant naturel d'une personne âgée atteinte de déficience cognitive et souffrant d'incontinence urinaire, mémoire de maîtrise*, Université de Montréal.
- GIRARD, Lucie (1985), «Intervention en santé mentale et société. Quelques enjeux. Note critique à propos de Psychothérapies, attention!», *Sociologie et sociétés*, no.1 : 127-142.
- GOFFMAN, Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Éd. de minuit.
- GORDON, Deborah (1995), «Du bon et du mauvais usage des modèles formels en soins infirmiers», dans BENNER, Patricia (dir.), *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Saint-Laurent, Interéditions : 198-213.
- GORDON, Deborah et Patricia BENNER (1995), «Guide pour la description d'incidents critiques», dans BENNER, Patricia (dir.), *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Saint-Laurent, Interéditions : 245-247.
- GORDON, Marjory (1987), *Diagnostic infirmier. Méthodes et applications*, Paris, M.E.D.S.I.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1999), *Cadre normatif et protocole d'échange. Système d'information sur les clientèles et les services des C.L.S.C. Cadre normatif et protocole d'échange*, Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1992), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1990), *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1972), *Les services sociaux*, tome I, Québec.
- GRIMAUULT, Cécile (1994), *Infirmière clinicienne, un chemin de croissance*, Paris, La méridienne.

- G.R.I.P. (1992), *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- GROBE, Susan (1993), «Réaction à la communication de J.C. McCloskey et G.M. Bulechek sur les cadres d'interventions infirmières», dans ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES DU CANADA, *Communications présentées à la Conférence sur un ensemble de données infirmières de base* : 112-121.
- GROULX, Lionel H. (1995), «Travail social d'intervention en contexte d'autorité», *Revue canadienne de service social*, vo.12, no.1 : 98-112.
- GUAY, Jérôme (1991), «L'approche proactive et l'intervention de crise», *Santé mentale au Québec*, vol. XVI, no. 2 : 139-154.
- GUAY, Jérôme (1998), *L'intervention clinique communautaire. Les familles en détresse*, Montréal, P.U.M.
- GUSDORF, Georges (1988), «Réflexions sur l'interdisciplinarité», *Bulletin de psychologie*, no.397 : 869-885
- HABERMAS, Jürgen (1988), *Le discours philosophique de la modernité*, Paris, Gallimard.
- HABERMAS, Jürgen (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard.
- HAMEL, Chantale et al. (1998), «Intervention de groupe auprès d'adolescents aux prises avec de la violence dans leurs relations amoureuses : un projet pilote», *Interventions*, no. 107 : 33-42.
- HAMEL, Jacques (1995), «Contre l'interdisciplinarité, tout contre...», *Bulletin de l'A.C.S.A.L.F.*, vol 17, no. 2 : 16-17.
- HAMEL, Jacques (1997), *Précis d'épistémologie de la sociologie*, Paris, L'Harmattan.
- HAMEL, Jacques (1995b), «Réflexions sur l'interdisciplinarité à partir de Foucault, Serres et Granger», *Revue européenne des sciences sociales*, no. 100 : 191-205.
- HANNEQUART, Achille et Xavier GREFFE (1985), *Économie des interventions sociales*, Paris, Economica.
- HATWELL, Y. (1990), «Schème», dans JACOB, André (dir.), *Les notions philosophiques*, tome 1.
- HESS, Rémi (1981), *La sociologie d'intervention*, Paris, P.U.F.
- HIRSCHMAN, O. (1972), *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, éd. ouvrières.
- HUBERT, Andréas et al. (1989), *Les techniques de soins infirmiers*, Paris, Lamarre.
- HURTUBISE, Roch, LAAROUSSI, Michèle, DUBUC, Stéphane et Yves COUTURIER (1999),

- «Une formation milieu par l'analyse des pratiques professionnelles: le cas du travail de rue», dans LEGAULT, Georges (dir.), *L'intervention: analyses et enjeux méthodologiques*, Sherbrooke : 73-115.
- HURTUBISE, Roch et Michèle VATZ-LAAROUSSI (1996), «L'intervention dessine les familles : régulation, uniformisation ou promotion du pluralisme?» *Apprentissage et socialisation*, no.2.
- JACOB, André (dir.) (1990), *Les notions philosophiques*, tome 1, Paris, P.U.F.
- JOBERT, Bruno (1992), «Usagers et agents du service public : proposition pour l'approche d'un système complexe», dans CHAUVIÈRE, Michel et Jacques T. GODBOUT, *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan : 41-60
- KOZIER, Barbara et Glenora ERB (1983), *Soins infirmiers, une approche globale*, Montréal, Éd. du renouveau pédagogique.
- LACOSTE, Michèle (1995), «Parole, activité, situation», dans BOUTET, Josiane, *Paroles au travail*, Paris, L'Harmattan, 23-45.
- LADRIÈRE, Paul (1990), «La sagesse pratique», dans *Les formes de l'action, sémantique et sociologie*, Paris, Éd. de l'É.H.E.S.S. : 15-39.
- LAGUE, Johanne et Denise DONOVAN (1998), *Programme intégré de services en Montérégie*, R.R.S.S.S. de la Montérégie.
- LAMOUREUX, Henri (1991), *L'intervention sociale collective*, Glen Sutton, Le pommier.
- LAPASSADE, Georges (1971), *L'arpenteur. Une intervention sociologique*, Paris, E.P.I.
- LATENDRESSE, Lucille (1992), «Une expérience multidisciplinaire concertée en intervention précoce (programme de recherche et d'intervention)», dans G.R.I.P., *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke : 85-103.
- LAUZON, Sylvie et Evelyn ADAM (dir.) (1996), *La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières*, Saint-Laurent, E.R.P.I.
- LAZURE, Hélène (1985), «L'infirmière», dans DUFRESNE, Jacques et al., (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Sillery, P.U.Q : 631-644.
- LECLAIR, Ginette (1982), «Problématique des services de santé scolaire et solutions proposées», dans A.C.S.A.L.F., *L'intervention sociologique*, Montréal, St-Martin éd. : 203-214.
- LEGAULT, Georges (1997), «L'intervention : le sens praxique et social des pratiques», dans

- NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA, *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 229-249.
- LEGAULT, Georges et Ricardo ZUNIGA (1998), «L'intervention : les savoirs en action : usages et méthodes», dans LEGAULT, Georges (dir.), *L'intervention: usages et méthodes*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 7-14
- LE NY, J.-F. (1990), «Catégorie», dans JACOB, André (dir.), *Les notions philosophiques*, tome 1, Paris, P.U.F.
- LESEMANN, Frédéric (1981), *Du pain et des services*, Montréal, St-Martin éd.
- LESEMANN, Frédéric (1984), *Interdisciplinarité et application*, Ph. D. en sciences humaines appliquées, Université de Montréal.
- LÉVY, André (1993), «Projet interdisciplinaire et intervention clinique», dans DEGAULEJAC, Vincent et Shierley ROY (dir.), *Sociologies cliniques*, Paris : E.P.I. : 305-313.
- LÉVY, André (1997), *Sciences cliniques et organisation sociale*, Paris, P.U.F.
- LHOTELLIER, Alexandre et Yves ST-ARNAUD (1994), « Pour une démarche praxéologique », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.7, no 2 : 95-117.
- LIPSKY, Michael (1995), «Les agents de base» dans JOSEPH I. et G. JEANNOT, *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'usager*, Paris, C.N.R.S. : 195-218.
- LOURAU, René (1970), *L'analyse institutionnelle*, Paris, Éd de minuit.
- LYOTARD, Jean-François (1979), *La condition postmoderne*, Paris, Éd. de minuit.
- MAFFESOLI, Michel (1993), «Le quotidien et le local comme espaces de la socialité», dans AUDET, M. et H. BOUCHIKHI (dir.), *La structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux de Anthony Giddens*, Sainte-Foy, P.U.L. : 203-218.
- MAHEU, Louis (1993). «Postmodernité et mouvement sociaux. Une lecture critique de la position d'Anthony Giddens», dans AUDET, M. et H. BOUCHIKHI (dir.), *La structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux de Anthony Giddens*, Sainte-Foy, P.U.L. : 93-128.
- MAHEU, Louis et Paul-Antoine BIEN-AIMÉ (1996), «Et si le travail exercé sur l'humain faisait la différence...», *Sociologie et sociétés*, vol. XXVIII, no. 1 : 189-200.
- MAISON ST-JACQUES (1986), *14 ans d'intervention d'une ressource thérapeutique différente*, Montréal.
- MALGLAIVE, Gérard (1990), *Enseigner aux adultes : travail et pédagogie*, Paris, P.U.F.

- MALO, Denise et al. (1998), «Modèle de McGill et C.L.S.C. Une combinaison gagnante», *L'infirmière du Québec*, no. 30 : 28-34.
- MARTIN, Claire (1992), *Généralités sur le modèle conceptuel et la démarche scientifique*, document de formation, non publié.
- MARTIN, D. et P. ROYER (dir.) (1987), *L'intervention institutionnelle en travail social*, Paris, L'Harmattan.
- MASSA, Hélène (1992), «L'intervention sociale : système et interface», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 147-154.
- MATHIEU, Réjean (1987), «Approche communautaire ou intervention communautaire?», *Revue canadienne de politique sociale*, no. 18 : 103-111.
- MATHURIN, Creutzer (1995), «L'interdisciplinarité: essai de reconstitution d'un débat», *Cahiers du Ph. D. en sciences humaines appliquées*, no. 95-04, Université de Montréal.
- McCLOKEY, Joanne et Gloria BULECHEK (1993), «Cadres d'interventions infirmières», dans ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES DU CANADA, *Communications présentées à la Conférence sur un ensemble de données infirmières de base* : 94-111.
- McCLOKEY, Joanne et Gloria BULECHEK (1996), *Classification des interventions infirmières*, Paris, Maloine.
- McFARLAND, Gertrude et Elisabeth McFARLAND (1995), *Traité de diagnostic infirmier*, Montréal, renouveau pédagogique éd.
- MEHL, Henri (1992), «Le droit dans la formation des travailleurs sociaux et dans le travail social», dans CRAPUCHET, Simone et Georges-Michel SALOMON (dir.), *L'intervention dans le champ social. L'interface sciences de l'homme techniques sociales*, Toulouse, Privat : 51-60.
- MÉNARD, Jean-Pierre (1988), *La protection des personnes vulnérables par l'intervention: éléments de réflexion pour la création d'un modèle québécois d'intervention*, Montréal.
- MENDEL, Gérard (1980), «La sociopsychanalyse institutionnelle», dans COLL. *L'intervention institutionnelle*, Paris, Payot : 235-304.
- MENTHONNEX, Andrée (1995), *Le service social et l'intervention sociale*, Genève, Éd. I.E.S.
- MESNY, Anne (1998), *Pratique professionnelle, expertise, et relations entre savoirs experts et savoirs communs*, dans LEGAULT, Georges (dir.), *L'intervention: usages et méthodes*, Sherbrooke,

- éd. G.G.C. : 149-166.
- MIGUELEZ, Roberto (1984). «L'articulation du général et du particulier : une approche méthodologique dans le champ des sciences sociales», *Philosophiques*, vol XV, no 2 : 251-276.
- MINTZBERG, Henry (1984), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éd. d'organisation.
- MISPELBLUM, Frédéric (1981), «Pistes pour des pratiques silencieuses : ébauche d'une méthode d'analyse-intervention «socio-historique», *Contradictions*, no 29 : 35-60.
- MONTÉSINOS, André (1991), *Organiser des soins de qualité dans les services hospitaliers*, Paris, McGraw Hill éd.
- MORIN, Pierre. «L'intervention dans l'entreprise et le développement des organisations» dans LÉVY-LEBOYER, C. (dir.) (1987), *Traité de psychologie du travail*, Paris, P.U.F. : 77-101.
- MYERS, David et Luc LAMARCHE (1992), *Psychologie sociale*, Montréal, McGraw Hill.
- NÉLISSE, Claude (1992), «Aider et intervenir: essai de clarification de quelques difficultés» *Revue internationale d'action communautaire*, no. 28/68 : 73-85.
- NÉLISSE, Claude (1988), «Au-delà de l'opposition professionnalisme/technocratie: la protocolarisation de l'intervention», inédit.
- NÉLISSE Claude (1974), *Jeux et enjeux de l'idéologie*, thèse de doctorat, Aix-en-Provence.
- NÉLISSE Claude (1996), «La trousse médico-légale; technologie sociale et protocolarisation de l'intervention», *Sociologie et sociétés*, vol. XXVIII, no. 2
- NÉLISSE, Claude (c), *Les présupposés de l'intervention*, inédit.
- NÉLISSE Claude (1997), «L'intervention : catégorie floue et construction de l'objet», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention : les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 17-44.
- NÉLISSE, Claude (1993), «L'intervention: une surcharge de sens de l'action professionnelle», *Revue internationale d'action communautaire.*, no. 29/69 : 167-181.
- NÉLISSE, Claude (1996b), *Petit recueil d'usages et de définitions empiriques*, inédit.
- NÉLISSE, Claude (a), *Pour une théorie de la protocolarisation de l'intervention*, inédit.
- NÉLISSE, Claude (d), *Que peut bien être un protocole d'intervention ?*, inédit.
- NÉLISSE, Claude (b), «Une définition sociale de l'intervention», inédit.
- NÉLISSE, Claude et Ricardo ZUNIGA (1997), «Intervention: les savoirs en action», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA, *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. :

5-16.

- NICOLAS-LE STRAT, Pascal (1996), *L'implication, une nouvelle base de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan.
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (1976), *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Montréal.
- OGIEN, Albert (1995), *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, éd. É.H.E.S.S.
- O'NEIL, Michel (1982), «L'intervetion sociologique en milieu public et parapublic: application d'une problématique «alternative» au cas de la santé communautaire», dans A.C.S.A.L.F. *L'intervention sociale*, Montréal, St-Martin éd. : 67-87.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1996), *De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité. Guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, Montréal.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (1998), *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire. Les états généraux de la profession*, Montréal.
- OREM, Dorothea (1987), *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*, Montréal: Décarie éd.
- ORSINI, Paul (1979), *Soins pré- et post- opératoires à l'usage des infirmières*, Paris, Masson.
- OSIEK-PARISOD, Françoise (1994), *Infirmières dans l'école. Partage de l'action éducative et enjeux identitaires*, Genève, Service de la recherche sociologique.
- OUIMET, Charlotte et Ghislaine DUFOUR (1986), *Actualisation de soi. Un modèle de croissance en soins infirmiers*, Ville Mont Royal, Décarie éd.
- OUIMET, Gilles (1983), «Étude du processus d'intervention de réseaux appliqué à de jeunes délinquants», *Service Social*, vol. 32, no.1-2 : 186-194.
- PALACIO-QUITIN, Ercilia (1992), «Dépistage et intervention précoce auprès des enfants avec retard intellectuel», dans G.R.I.P. *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke : 73-84.
- PAQUETTE, Claude (1985), *Intervenir avec cohérence. Vers une pratique articulée de l'intervention*, Montréal, Québec/Amérique.
- PARAZELLI, Michel (1997), «L'action communautaire et l'autonomie sociale: les apports de la sociopsychanalyse», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA, *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C.

- PARENT, Nicole (1997), «L'intervention de soutien par des anciens patients modèles auprès de personnes devant subir une chirurgie cardiaque», *Recherche en soins infirmiers*, no. 51 : 60-100.
- PASSERON, Jean-Claude (1991), *Le raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan.
- PATENAUDE, Johanne (1998), «L'apport réflexif dans les modèles professionnels; par delà l'efficacité», dans LEGAULT, G. (dir.), *Analyse des pratiques professionnelles: comment s'y prendre?*, Sherbrooke, GGC éd.
- PAUL, Denise (1989), «Intervenir auprès de la famille ou l'approche systémique», *Nursing Québec*, vol. 9, no. 3 : 32-36.
- PAULHUS, Euchariste (1985), *L'internat volontaire au coeur de l'intervention communautaire*, Sherbrooke, Naaman.
- PAYETTE, Maurice et Jérôme GUAY (1987), «Tour d'horizon des types d'interventions communautaires», dans *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Chicoutimi, Morin, : 65-85.
- PELCHAT, Diane et al. (1998), «Une intervention infirmière familiale systémique appliquée dès la naissance d'un enfant ayant une déficience: les effets sur l'adaptation des parents», *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 30, no 3 : 99-121.
- PERREAULT, Michel et Francine SAILLANT (1996), «Sciences infirmières et sciences sociales : dialogue et fécondation mutuelle», *Sciences sociales et santé*, vol. 14 : 7-16.
- PERRENOUD, Philippe (1988), «Échec scolaire: recherche-action et sociologie de l'intervention dans un établissement», *Revue suisse de sociologie*, no.3 : 471-493.
- PETITAT, André (1989), *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal.
- PETITAT, André (1992), «Science, affectivité et singularité dan la relation de soins», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 28/68 : 139-150.
- PICHÉ, Christianne (1992), «Programme d'intervention appliqué précocément et à long terme à des enfants à hauts risques psychosociaux. Bilan et prospective.», dans G.R.I.P., *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de la famille*, Sherbrooke : 59-72.
- PINTO, Louis (1974), «La théorie de la pratique», *La pensée* : 54-76.
- PINTO, Louis (1998), *Pierre Bourdieu et la théorie du monde social*, Paris, Albin Michel.

- PIRES, Alvaro (1997), «Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique», dans POUPART, Jean et al., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan morin éd.
- POLET-MASSET, Anne-Marie (1993), *Développer son autonomie en soins infirmiers*, Boucherville, Gaëtan Morin éd.
- POLETTI, Rosette (1980), *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers*, Paris, Le centurion.
- PORTELLA, Eduardo (dir.) (1992), *Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte: enjeux, obstacles, perspectives*, Toulouse, Érès.
- POURTOIS, J.-P. et H. DESMET (1992), «Interventions socio-éducatives auprès des familles: le programme DÉPART», dans PROVOST, M.-A. et R. A. TREMBLAY (dir.), *Famille inadaptation et intervention*, D'Aros éd. : 141-170.
- PRÉVOST, Lionel (1989), *Interventions policières*, Mont-Royal : Modulo.
- PROUST, Joëlle. (1992) «L'interdisciplinarité dans les sciences cognitives», dans PORTELLA, Eduardo (dir.), *Entre savoirs. L'interdisciplinarité en acte: enjeux, obstacles, perspectives*, Toulouse, Érès.
- RACINE, Guylaine (1995), *La production de savoirs d'expérience chez des intervenantes communautaires*, thèse de doctorat, Université de Montréal.
- RACINE, Pierre (1991), «L'usage des théories de l'action dans la formation à l'intervention sociale», *Service social*, vol. 40, no 2 : 7-25.
- RAMOGNINO, Nicole (1996), *La nécessité objective de (re)constitution du lien social: quelles professionnalités dans les conditions socio-historiques actuelles*, Laboratoire méditerranéen de sociologie.
- REDJEB, Belhassen (1997), «La normativité de l'intervenant social: emplacements et stratégies», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 217-228.
- REDJEB, Belhassem et Marcelle LAFOREST (1983), «Analyse de l'intervention technocratique dans les services sociaux et de santé au Québec», *Revue canadienne de service social* : 106-128.
- RÉHAUME, Jacques et Robert SÉVIGNY (1988), «Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale», *Santé mentale au Québec*, no.1 : 95-104.

- RENAUD, Gilbert (1997), «L'intervention: de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 139-165.
- REVERZY, J.-F. (1984) «L'intervention à domicile comme passage à l'acte», *Transitions*, no. 18 : 31-36.
- RICHARD, Pierre et Bedra BEDR (1990), «Intervention ergonomique et approches sociologiques du fonctionnement des organisations», dans COLL. *Comptes rendus du XXVIème congrès de la S.E.L.F.* : 98-107.
- ROBICHAUD Alain (1998),«La pierre d'assise de la pratique professionnelle: la relation du consultant en gestion (approche psychodynamique)», dans LEGAULT, Georges (dir.), *L'intervention: usages et méthodes*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 37-68.
- ROY, Alain (1997). «L'intervention des notaires dans les relations conjugales», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 61-76.
- ROY, Maurice (1987), *Les C.L.S.C. Ce qu'il faut savoir*, Montréal, St-Martin.
- ROYER, Denis (1973), «L'intervention psychologique et la réalité socio-politique» dans TESSIER, R. et Y. TELLIER (dir), *Changement planifié et développement des organisations. Théorie et pratique*, Paris, E.P.I. éd.
- R.U.F.U.T.S. (1987), *Le travail social aujourd'hui*, Montréal.
- SAILLANT, Francine (1992), «La part des femmes dans les soins de santé», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 28/68 : 95-106.
- SAILLANT, Francine (1991) «Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion», *Recherches féministes*, 1991, vol. 4, no. 1 : 11-29.
- SANICOLA, Lia (1996), «La contribution de l'intervention de réseau à la prévention», *Nouvelles pratiques sociales*, vol.9, no 2 : 49-64.
- SARTRE, Jean-Paul (1985), *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard.
- SARTRE, Jean-Paul (1960), *Question de méthodes*, Gallimard, Paris, 1960.
- SCHON, Donald A. (1994), *Le praticien réflexif*, Montréal, Éd.Logiques.
- SCHON, Donald A. (1996), *Le tournant réflexif*, Montréal, Éd.Logiques.
- SERON, Claude et Jean-Jacques WITTEZEALE (1991), *Aide ou contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte*, Bruxelles, DeBoeck.
- SERRES, Michel (1968), *Hermès*, Paris, Éd. de minuit.

- SERRES, Michel (1990), *Le passage du Nord-Ouest*, Paris, Éd. de minuit.
- SÉVIGNY, Lise (1984), «Un modèle d'intervention précoce, les groupes mères-enfants», *Nursing Québec*, vol. 5, no 1 : 14-16.
- SÉVIGNY, Robert (1977), «Intervention psychosociologique: réflexion critique», *Sociologie et sociétés*, no2 : 7-33.
- SHERIF, Theresa (1982), «L'intervention des centres de services sociaux dépend de l'interprétation des demandes qui leur sont faites», dans A.C.S.A.L.F. *L'intervention sociale*, Montréal, St-Martin éd. : 35-45.
- SHORTRIDGE, Lillie et Juanita LEE (1982), *Introduction à la profession infirmière*, Montréal, McGraw Hill.
- SIMARD, Juliette et Daniel TURCOTTE (1992), «La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité», *Service Social*, no.3 : 77-94.
- SOULET, Marc-Henry (1996), «La recherche peut-elle être sociale?» *Vie sociale /MIRE*.
- SOULET, Marc-Henry (1997), *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Fribourg, Éd. universitaires de Fribourg.
- ST-ARNAUD, Yves (1993), «Guide méthodologique pour conceptualiser un modèle d'information», dans SERRE, F. (dir.). *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, éd. C.R.P. : 238-239.
- ST-ARNAUD, Yves (1997), «Le savoir, un objet perturbateur non identifié (OPNI) dans l'intervention», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 165-181.
- ST-ARNAUD, Yves (1995), *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*, Montréal, P.U.M.
- STRAUSS, Anselm (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionisme*, Paris, L'Harmattan.
- SYLVAIN, Hélène et Linette ARSENAULT (1994), «Plan d'intervention de soutien», *L'Infirmière du Québec*, no. 6 : 41-43.
- TAISNE, Colette (1974), «La profession de travailleuse familiale - formation - perspectives d'avenir - développement», dans CRAPUCHET, Simone (dir.). *Sciences de l'homme et professions sociales*, Toulouse, Privat : 316-325.
- TEIGER, Catherine et Antoine LAVILLE (1990), «L'analyse du travail en situation de formation transforme-t-elle les représentations?» dans COLL. *Comptes rendus du XXVIème congrès de la S.E.L.F.* : 27-30.

- THEUREAU, Jacques (1981), «Éléments d'analyse temporelle du travail infirmier», *Le travail humain*, no.35 : 83-107.
- THEUREAU, Jacques (1997), «Événements et coopération dans le travail infirmier», dans COSNIER, Jacques et al. (dir.), Lyon, Presses universitaires de Lyon : 161-178.
- TONNIES, Ferdinand (1977), *Communauté et société*, Paris, Retz.
- TOURAINÉ, Alain (1973), *Production de la société*, Paris, Seuil.
- TOURIGNY, Jocelyne (1998), «Les effets d'une intervention éducative préopératoire sur la conduite de parents d'enfants de 3 à 6 ans opérés dans le cadre d'une chirurgie d'un jour», *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol.30, no 2 : 135-159.
- TRAVELBEE, Joyce (1978), *Relation d'aide en nursing psychiatrique*, Montréal, Éd. du nouveau pédagogique.
- TROUTOT, Pierre-Yves (1982), «Les travailleurs sociaux, la dynamique de l'impuissance et les modèles professionnels: une mise en perspective», *Revue internationale d'action communautaire*, no. 7/47 : 71-82.
- TURCOTTE, Paul-André (1989), «L'intervention catholique dans l'école et la société», *L'église canadienne*, no 25 : 779-784.
- VEIL, Claude (1974), «Perspectives de la contribution des sciences sociales et humaines au travail social dans les deux prochaines décennies», dans CRAPUCHET, Simone (dir.), *Sciences de l'homme et professions sociales*, Toulouse, Privat : 17-18.
- VERMERSCH, Pierre (1994), *L'entretien d'explicitation*, Paris, E.S.F. éd.
- VILBROD, Alain (1995), *Devenir éducateur, une affaire de famille*, Paris, L'Harmattan.
- WIEVIORKA, Michel (1987), «L'intervention sociologique», *Connexions*, no.49 : 79-94.
- ZUNIGA, Ricardo (1997), «La construction des autonomies dans l'intervention. Intentions et institutionnalisations», dans NÉLISSE, C. et R. ZUNIGA (dir.), *L'intervention: les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C. : 77-100.
- ZUNIGA, Ricardo (1994), *L'évaluation dans l'action*, Montréal, P.U.M.

ANNEXE

1. Liste des invariants praxéologiques, des systèmes d'intervention et des axes pratiques présents dans les discours.

1.1 Le monde des invariants praxéologiques

- Créer la continuité.
- S'inscrire dans la durée.
- Soutenir les conditions favorables à l'engagement du client.
- Favoriser la motivation.
- Proclamer l'humanisme.
- Avoir un regard relativiste.
- Produire différents récits.
- Établir un lien de confiance et de signifiante.
- Établir et soutenir une relation/communication.
- Fonder l'intervention sur la parole.
- Viser le changement.
- Donner sens à la complexité.
- Établir et classer des catégories.
- Poursuivre des objectifs.
- Recueillir des preuves.
- Évaluer le statut du mandat ou de la demande.
- Prendre appui sur le client.
- Transmettre des normes.
- Faire porter l'intervention sur un problème.
- Faire autorité et s'appuyer sur une légitimité.
- Articuler des solutions.
- S'arrimer à la division du travail.
- Tenir compte de différents partenaires.
- Participer d'une organisation.
- Conserver une mémoire de l'intervention par l'archivage.
- Faire de façon ordonnée.
- Avoir une nécessité d'intervenir.
- Mettre en œuvre des protocoles d'actions.
- Tenir compte de grands déterminants épidémiologiques.
- Tenir compte d'un ensemble de conditions légales.
- Voir et dire les limites de sa propre intervention.

1.2 Le monde des systèmes d'intervention

- Le monde du biologique et du physiologique comme systèmes de connaissances et comme systèmes vitaux.
- Le monde médical comme système de connaissances et de pratiques professionnelles.
- Les systèmes pharmacologique et chimique comme systèmes de connaissances.
- Le monde de l'organisation.
- Une fonction sociale de service public.

- La position de l'intervenante dans la division du travail sur le social.
- Le monde du système professionnel.
- Le système d'archivage.
- Les systèmes techniques, des méthodes aux outils.
- Les mandats sociaux.
- Les systèmes psychologiques (comme structures internes).
- Les grandes catégories sociales.
- La science comme institution.
- Les systèmes axiologiques.
- Les protocoles.
- Les divers environnements.

1.3 Le monde de la praxis

- Désir de soigner et de prévenir.
- Travailler sur l'engagement.
- Un fort désir d'agir et de faire tout ce qu'il faut, comme il le faut.
- Désir d'aller au-delà du traitement comme réalisation du soi professionnel.
- Aller au maximum des possibles ou, encore mieux, élargir les possibles.
- Favoriser la croissance personnelle de l'intervenante.
- Aider l'autre à se dépasser.
- Adhérer à la plupart des mandats sociaux.
- Accorder une certaine valeur à l'intuition.
- Craindre la plainte ou le conflit.
- La critique des clients, des pairs, des collègues peut invalider la *praxis*.
- Non reconnaissance des savoirs d'expérience.
- Agir sur les causes des problèmes sociaux.
- Distinguer le bon et le mauvais.