

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées,**

contribution de la didactique professionnelle à la formation

des travailleuses et des travailleurs sociaux au Québec

par

MYLÈNE SALLES

Doctorat en gérontologie

Thèse présentée à la Faculté des Lettres et sciences humaines

en vue de l'obtention du grade de docteur (Ph.D.) en gérontologie

Sherbrooke, mai 2016

© Mylène Salles, 2016

**L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées,**

contribution de la didactique professionnelle à la formation

des travailleuses et des travailleurs sociaux au Québec

par

MYLÈNE SALLES

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Yves Couturier, codirecteur de recherche

Yves Lenoir, codirecteur de recherche

Nathalie Delli-Colli, examinatrice invitée de l'Université de Sherbrooke

Annick Bourget, examinatrice invitée de l'Université de Sherbrooke

Audrey Gonin, examinatrice invitée de l'Université du Québec à Montréal

Doctorat en gérontologie

Faculté des Lettres et sciences humaines

## Remerciements

Au moment de rédiger ces lignes, à qui dire merci?

Merci aux six intervenants, *Charlie, Sacha, Dominique, Élie, Claude et Camille*, aux responsables du SAD de Trois-Rivières ayant contribué à la recherche, merci aux personnes âgées et leur entourage ayant accepté ma présence dans des moments parfois difficiles de leur existence;

Merci aux membres du jury et bien sûr, plus spécifiquement, à mes directeurs de thèse, Y. Couturier et Y. Lenoir, pour nos échanges dans l'élaboration de la recherche comme pour leurs lectures attentives;

À Yves Couturier qui m'a laissé le temps d'entrer dans le monde de la pratique et de la formation des travailleuses et des travailleurs sociaux au Québec, m'a ouvert sa bibliothèque, de la didactique professionnelle aux contes et légendes du Québec;

Merci à Yves Lenoir, pour ses orientations vers des auteurs, nouveaux pour moi et j'allais dire, pour l'ensemble de son œuvre stimulante;

Merci à Maurice Legault, toujours disposé à répondre à mes questionnements sur l'entretien d'explicitation, à Luc B, lecteur attentif et légitime de mes travaux pour le respect de la langue québécoise;

Quel que soit leur titre, merci aux nombreux collègues, plus particulièrement du second étage du CDRV, pour la simplicité de nos échanges au quotidien; à Lucie D. à qui la fonction d'accueil va si bien, à Julien B. pour le trio garant d'une ambiance de travail légère et respectueuse qu'il forme avec Maxime G. et Olivier M.; à Selma T.B. pour sa participation aux groupes de discussion

Merci enfin, à mes proches, qu'ils soient à l'Est de la Gaspésie ou à l'Ouest du Finistère pour la constance de leur soutien bienveillant.

## Résumé

Le vieillissement démographique est statistiquement indiscutable au Québec. Ce singulier trompeur masque les différentes manières de vieillir. Pour ceux qui ne parviennent pas à vieillir en santé, les solidarités familiales, comme les solidarités institutionnelles, c'est à dire publiques viennent en principe compenser ce qu'il est convenu de désigner de perte d'autonomie. Les politiques de santé publique au Québec organisent les services de soutien à domicile sous condition d'avoir estimé la situation de la personne avec l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Il est en usage dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, et utilisé par les professionnels dont les travailleuses et les travailleurs sociaux (TS). Or, la gérontologie est peu soutenue dans la formation initiale des TS. Nous nous sommes interrogée sur les savoirs mobilisés par les TS quand ils évaluent. S'agissant des savoirs inscrits dans la pratique, nous avons orienté la recherche dans les théories de l'activité, la didactique professionnelle et le cadre conceptuel de la médiation.

Nous avons étudié l'activité de professionnels en travail social expérimentés afin d'identifier certains des savoirs mobilisés pour les rendre disponibles à la formation des étudiant (e)s en travail social au Québec. Cent-cinquante heures d'observations et vingt-deux entretiens individuels et collectifs ont été réalisés avec des intervenants volontaires du service de soutien à domicile. Les résultats préliminaires de la recherche ont été présentés lors de groupes de discussion avec les TS ayant participé à la recherche, puis avec des enseignants en travail social.

Nos résultats permettent de décrire les procédures de l'évaluation dans l'organisation du service d'aide à domicile et d'en différencier le processus de l'activité par laquelle le TS évalue l'autonomie fonctionnelle de la personne. Nous constatons que les savoirs mobilisés par les TS reposent premièrement sur une connaissance fine du territoire, de l'outil d'évaluation et des institutions. Un deuxième registre de savoir concerne la conceptualisation de l'autonomie fonctionnelle par l'outil OEMC comme objet et domaine d'intervention des TS. Enfin, un troisième registre se réfère aux savoirs mobilisés pour entrer en relation avec les personnes âgées, avec leur entourage. Or, ces

trois registres de savoir n'apparaissent pas dans le discours des TS et résultent de notre propre analyse sur leur pratique.

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle analysée par le concept de médiation est révélatrice du rapport aux savoirs du TS. S'agissant de savoirs de la pratique, nous constatons que leur classification entre les catégories usuelles de savoirs théoriques ou pratiques était inopérante. Nous empruntons le vocabulaire de la didactique professionnelle : celui des invariants opératoires reliés à l'autonomie fonctionnelle et celui des schèmes d'activité reliés à l'activité d'évaluation.

C'est ainsi que nous avons identifié deux moments dans l'évaluation. Le premier assemble la collecte des informations et l'analyse des données. L'autonomie fonctionnelle se décline dans des conditions d'existence de la personne sur l'axe allant de la mobilité à la cognition avec comme balises d'intervention la sécurité et l'intégrité de la personne. Dans ce processus itératif, le TS identifie avec la personne ce qui nuit à son quotidien. L'évaluation formule comment résoudre cette incidence, comment la perte d'autonomie pourrait être compensée. La collecte d'information et le raisonnement du TS est alors un mouvement itératif, les deux éléments du processus sont liés et en continu. Le second moment de l'évaluation apparaît si, dans le processus itératif, le TS perçoit une dissonance. Il est essentiel d'en identifier la nature pour la prendre en compte et maintenir la finalité de l'activité qui consiste à évaluer l'autonomie fonctionnelle à des fins compensatrices. Le TS doit identifier l'objet de la dissonance pour pouvoir cerner avec la personne le besoin inhérent à la perte d'autonomie et envisager d'y remédier. La prise en compte de cette dissonance vient ralentir le déroulement de l'activité. Le raisonnement qui, jusque-là, était relié à la collecte d'informations s'en dissocie pour analyser ce qui vient faire obstacle à l'activité d'évaluation à partir de la situation.

Les composantes qui génèrent la dissonance paraissent reliées à la quotidienneté, aux conditions de vie à domicile de la personne (cohérence/incohérence, refus de services, autonégligence, maltraitance, agressivité). La dissonance génère une activité plus complexe pour évaluer la situation. L'autonomie fonctionnelle se décline toujours sur l'axe mobilité/cognition avec comme balises d'intervention la sécurité et l'intégrité de la

personne. Or, pour ce faire, les TS raisonnent selon trois schèmes. Dans les situations où, pour décider de la suite du dossier, il faut en référer à une norme (de service, de profession, etc.) le raisonnement est déontologique. Il est aussi des situations où le TS agit au regard de valeurs et de représentations qui relèvent de sa sphère personnelle. Nous désignons ce raisonnement d'instinctuel. Enfin, le TS peut naviguer entre ces deux orientations et choisir la voie du raisonnement clinique que nous qualifions d'éthique et se rapproche alors des pratiques prudentielles qui sont marquées par l'incertitude.

## Summary

It is a known fact that the aging of the population in Quebec has been steadily increasing and statistical figures speak for themselves. The word “aging” in the singular form masks the multiple contexts and processes of aging. For those who are not able to age well, family solidarity, as well as institutional solidarity, that is to say the public ones usually compensate for the loss of autonomy. The Quebec public health policies give structure to home support services following the assessment of the person’s situation with the *Multiclientele Assessment Tool* (MAT). This tool is used in the entire health and social services network, and by professionals such as social workers (SWs). However, gerontology is rarely taught in the initial training of SWs while these professionals also work with the older population. We reflected on how SWs gained their knowledge when assessing older adults. With regard to knowledge translated into practice, we focused the research on activity theories, occupational didactics and the conceptual framework of mediation.

We examined activities performed by experienced professionals in social work when they were assessing functional autonomy of older adults. This was done to identify some of the knowledge applied in their practice and to make such knowledge available for the training of social work students in Quebec. Over 150 hours of observations and 22 individual and group meetings were conducted with volunteer practitioners working in the home support sector of a health and social services centre. The preliminary results of the research were presented to two focus groups: one with SWs who participated in the research, the other with social work teachers.

Our results help describe the assessment procedures within the home support organization and differentiate the activity process by which SWs assess the person's functional autonomy. We note that the knowledge acquired by SWs is based primarily on a detailed knowledge of the territory, the assessment tool and institutions. A second category of knowledge is the conceptualization of the functional autonomy by using the MAT tool as the scope and area of intervention of SWs. Finally, a third category of knowledge refers to the knowledge acquired which is used to interact with older adults and those around them. However, these three categories of knowledge are not reflected in the views of SWs but rather result from our own analysis of their practice.

The assessment of functional autonomy is analyzed by the mediation concept. This concept highlights the knowledge acquired by SWs. With regard to knowledge related to practice, we noticed that their classification between the usual categories of theoretical knowledge or practice knowledge was ineffective. We use the occupational didactics vocabulary, such as functional invariants which are related to the assessment of functional autonomy, and activity-based patterns which are related to the assessment itself.

Two key moments were identified in the assessment process. The first one includes the information collection and data analysis. The functional autonomy has an impact on the person's life conditions. It is divided into two areas: mobility and cognition with intervention areas such as the safety and integrity of the person. In this iterative process, the SW identifies with the person what might affect her/his daily life. The assessment process raises two questions: (a) how to resolve this impact? and (b) how the loss of autonomy could be compensated? The information collection and the SW's reasoning



become then an iterative process, since the two elements of the process are linked and in continuous mode. The second moment of the assessment occurs if, in the current iterative process, the SW feels that there is a dissonance. It is essential to identify its nature in order to take it into account and maintain the objective of the activity which is to assess the functional autonomy for compensation purposes. The SW must identify the reason why there is a dissonance in order to be able to pinpoint with the person the inherent need for the loss of autonomy and what could be considered to address it. Taking into account this dissonance has just slowed down the progress of the activity. The reasoning which was previously related to the information collection has given way to the analysis of what may impede the assessment according to the situation.

The components that generate the dissonance appear to be related to day-to-day activities, life conditions at the person's home (consistency/inconsistency, refusal of services, self-neglect, mistreatment, aggressiveness). Assessing the situation becomes more complex because of the dissonance. The functional autonomy is still divided into two areas: mobility and cognition with the same areas of intervention which are the safety and the integrity of the person. However, to do so, the SWs' reasoning is based on three schemes. In situations where a decision must be made on actions to be taken on a case, it must be referred, for instance, to a service or a profession standard. The reasoning then becomes normative. There are also situations where the SW acts according to her/his values and representations. It is called instinctive reasoning. Finally, the SW can explore these two orientations and choose the path of clinical reasoning designated as ethics. It is then similar to prudential practices which are characterized by uncertainty.

## Table des matières

REMERCIEMENTS .....	I
RESUME .....	II
SUMMARY .....	V
TABLE DES MATIÈRES .....	VIII
TABLEAUX.....	XII
FIGURES.....	XIII
LISTE DES ACRONYMES .....	XIV
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
CHAPITRE 1 . PROBLÉMATISATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	9
INTRODUCTION.....	9
1.1.    UNE MISE EN CONTEXTE .....	9
1.1.1. <i>L'âge et la vieillesse</i> .....	10
1.1.2. <i>Santé et lieux de vie</i> .....	13
1.1.3. <i>Une graduation des lieux de vie</i> .....	14
1.2.    GERONTOLOGIE ET TRAVAIL SOCIAL .....	18
1.2.1. <i>La gérontologie dans la formation initiale en travail social</i> .....	19
1.2.2. <i>L'enjeu pour la profession</i> .....	22
1.3.    REVUE DES ECRITS SCIENTIFIQUES .....	23
1.3.1. <i>Une vieillesse dysfonctionnelle</i> .....	23
1.3.2. <i>Évaluation de la pratique, rarement en contexte de vieillissement</i> .....	24
1.3.3. <i>L'évaluation et ses instruments</i> .....	26
1.3.4. <i>Peu de référence sur l'acte d'évaluation</i> .....	28
1.3.5. <i>Élargissement des investigations</i> .....	30
1.4.    FONDEMENTS DE L'ÉVALUATION EN TRAVAIL SOCIAL.....	33
1.4.1. <i>Évaluer, une pratique historique</i> .....	34
1.4.2. <i>L'évaluation, fonctions attendue des travailleurs sociaux</i> .....	38
1.4.3. <i>Évaluer, une pratique professionnelle</i> .....	42
1.5.    FONDEMENT DE L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE .....	52
1.5.1. <i>Désinstitutionalisation</i> .....	54
1.5.2. <i>Création des centres de santé et de services sociaux</i> .....	56
1.5.3. <i>L'outil d'évaluation multiclientèle, un interlangage de l'activité</i> .....	58
1.5.3.1. <i>L'outil d'évaluation et son échelle de mesure</i> .....	61
1.5.3.2. <i>Les évaluations dans l'intervention des travailleurs sociaux en en soutien à domicile</i> .....	66
1.5.3.3. <i>Les compétences requises pour évaluer</i> .....	72
CONCLUSION.....	77
1.6.    QUESTION DE RECHERCHE .....	78
1.6.1. <i>Les objectifs de la recherche</i> .....	79
1.6.2. <i>Pertinence sociale et éthique</i> .....	80
CHAPITRE 2. LES MATÉRIAUX THÉORIQUES .....	83
2.1.    PREMIERES DELIMITATIONS.....	83
2.1.1. <i>Activité(s) :</i> .....	84
2.1.2. <i>Situation</i> .....	87
2.1.3. <i>Savoir(s) :</i> .....	90
2.2.    CADRE THÉORIQUE .....	92

2.2.1.	<i>Les théories de l'activité</i> .....	92
2.2.2.	<i>Les métiers de langage</i> .....	96
2.2.3.	<i>Vers la didactique professionnelle</i> .....	103
2.3.	<b>LE CONCEPT DE MEDIATION</b> .....	113
2.3.1.	<i>Le raisonnement clinique</i> .....	122
2.3.2.	<i>De la situation didactique à la situation ontologique</i> .....	129
<b>CHAPITRE 3. LES FONDEMENTS DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE</b> .....		<b>139</b>
3.1.	<b>LE CHOIX DE L'ORGANISATION</b> .....	139
3.1.1.	<i>Le recrutement des participants volontaires</i> .....	141
3.1.2.	<i>Les conditions de recrutement</i> .....	142
3.1.3.	<i>Les critères d'inclusion</i> .....	142
3.2.	<b>LA PREPARATION AU TERRAIN</b> .....	145
3.2.1.	<i>La formation à l'outil d'évaluation</i> .....	145
3.2.2.	<i>La formation à l'entretien d'explicitation</i> .....	146
3.3.	<b>COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	147
3.3.1.	<i>Collecte des données</i> .....	150
3.3.2.	<i>Les outils mobilisés pour la pratique individuelle</i> .....	154
3.3.2.1.	<i>Les observations</i> .....	154
3.3.2.1.1.	Collecte 1 : L'observation du contexte général de la pratique .....	157
3.3.2.1.2.	Collecte 3 : L'observation systématique des interactions langagières .....	158
3.3.2.2.	<i>Les entretiens</i> .....	161
3.3.2.2.1.	Collecte 2 : L'entretien de contexte de pratique .....	163
3.3.2.2.2.	Collecte 4 : L'entretien de récit de pratique .....	164
3.3.2.2.3.	Collecte 5 : L'entretien d'explicitation .....	166
3.3.2.3.	<i>Les outils mobilisés pour la pratique collective en travail social</i> .....	169
3.3.2.3.1.	Collecte 6 : Autoconfrontation croisée .....	170
3.3.2.3.2.	Les groupes de discussion focalisée .....	174
3.3.2.3.3.	Collecte 7 : Le groupe de discussion focalisé interne avec les praticiens.....	175
3.3.2.3.4.	Collecte 8 : Le groupe de discussion focalisé externe avec les enseignants.....	176
3.3.2.4.	<i>Le journal de terrain</i> .....	177
3.3.3.	<i>Analyse des matériaux</i> .....	178
3.3.3.1.	<i>La procédure de l'analyse suivie</i> .....	183
3.3.3.2.	<i>L'analyse thématique</i> .....	184
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b> .....		<b>187</b>
<b>CHAPITRE 4. EXPOSITION DES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS</b> .....		<b>190</b>
4.1.	<b>LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX</b> .....	190
4.1.1.	<i>Les missions du centre de santé et de services sociaux en matière de soutien à l'autonomie</i> .....	190
4.1.2.	<i>Le Service de soutien à domicile au fil des fusions</i> .....	193
4.1.2.1.	<i>La fusion des établissements de deux territoires</i> .....	193
4.1.2.2.	<i>La fusion avec l'hôpital</i> .....	194
4.1.3.	<i>Territoire vieillissant</i> .....	197
4.2.	<b>PRESENTATION DES SIX PARTICIPANTS</b> .....	198
4.2.1.	<i>Durée de l'expérience professionnelle</i> .....	199
4.2.2.	<i>Formation initiale en gérontologie</i> .....	200
4.2.3.	<i>Entrée en fonction auprès des personnes âgées</i> .....	203
4.3.	<b>ORIENTATIONS DONNÉES À L'ACTIVITÉ D'ÉVALUATION PAR ET DANS L'ORGANISATION</b> .....	207
4.3.1.	<i>Les rencontres d'équipes clinico-administratives</i> .....	208
4.3.2.	<i>Les rencontres interprofessionnelles</i> .....	212
4.3.3.	<i>La formation aux outils cliniques</i> .....	225
4.	<b>4. LES DOUZE SITUATIONS RETENUES</b> .....	225

<b>CHAPITRE 5. DÉCRIRE L'ACTIVITÉ ÉVALUATIVE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX .....</b>	<b>231</b>
5.1. LA DEMANDE DE SERVICE .....	231
5.2. TRANSMISSION AU SERVICE .....	237
5.3. ATTRIBUTION AU TRAVAILLEUR SOCIAL.....	242
5.3.1. <i>L'ouverture du dossier</i> .....	243
5.3.2. <i>La prise de contact</i> .....	247
5.3.3. <i>La première rencontre : convaincre de répondre à l'outil d'évaluation</i> .....	251
5.3.3.1. <i>Le contrôle de l'identité de la personne rencontrée</i> .....	252
5.3.3.2. <i>L'évaluation du risque à domicile</i> .....	253
5.3.3.3. <i>L'obtention du consentement de la personne</i> .....	254
5.3.3.4. <i>Les échanges de coordonnées</i> .....	255
5.3.3.4.1. La carte d'affaires.....	255
5.3.3.4.2. La pochette d'information .....	256
5.3.3.5. <i>Valider la demande avant d'ouvrir l'OEMC</i> .....	257
5.3.3.6. <i>L'OEMC</i> .....	259
5.3.4. <i>Les Suites de la première rencontre</i> .....	260
a) <i>La note évolutive</i> .....	261
b) <i>L'organisation temporelle du suivi évaluatif</i> .....	264
c) <i>Le suivi</i> .....	265
d) <i>La réévaluation</i> .....	267
5.4. LE RAPPORT À L'OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENÈTE DANS LA PRATIQUE .....	273
5.4.1. <i>Le niveau d'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle OEMC</i> .....	274
5.4.2. <i>L'Intégration de l'outil d'évaluation multiclientèle à la pratique</i> .....	275
5.4.3. <i>Le rôle de l'outil d'évaluation multiclientèle dans l'Activité</i> .....	277
<b>CHAPITRE 6. CERTAINS SAVOIRS DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS L'ACTIVITÉ</b>	
<b>D'ÉVALUATION .....</b>	<b>294</b>
6.1. SAVOIR COLLECTER L'INFORMATION.....	294
6.1.1. <i>Entendre</i> .....	295
6.1.2. <i>Voir</i> .....	297
6.1.3. <i>Sentir</i> .....	300
6.2. SAVOIR DIRE EN SITUATION.....	301
6.2.1. <i>Coconstruire</i> .....	302
6.2.2. <i>Confronter</i> .....	304
6.2.3. <i>Valider</i> .....	305
6.3. SAVOIR ANALYSER LA SITUATION.....	310
6.3.1. <i>Naviguer</i> .....	311
6.3.2. <i>Constater</i> .....	312
6.3.3. <i>Donner sens</i> .....	313
6.4. SAVOIR COMPOSER DANS LA SITUATION .....	321
6.4.1. <i>Savoir composer avec la personne</i> .....	321
6.4.1.1. <i>Savoir entrer malgré les attitudes de refus</i> .....	322
6.4.1.2. <i>Savoir questionner le quotidien des PA</i> .....	324
6.4.1.3. <i>Savoir identifier jusqu'ou la personne est en mesure de décider</i> .....	328
6.4.1.3.1. Les situations d'autonégligence .....	328
6.4.1.3.2. Les situations de maltraitance .....	330
6.4.2. <i>Savoir composer à partir de l'entourage des personnes</i> .....	331
6.4.2.1. <i>Savoir coopérer avec l'entourage positif</i> .....	332
6.4.2.2. <i>Savoir neutraliser l'entourage négatif</i> .....	334
6.4.2.3. <i>Savoir tempérer l'exigence de l'entourage dominant</i> .....	336
6.4.3. <i>Savoir composer avec soi-même</i> .....	337

<b>CHAPITRE 7. LA VALIDATION PAR LES INTERLOCUTEURS.....</b>	<b>346</b>
<b>7.1. LES TRAVAILLEURS SOCIAUX SE RECONNAISSENT DANS LA DESCRIPTION DE LEUR ACTIVITÉ.....</b>	<b>346</b>
<b>7.1.1. <i>Les travailleurs sociaux formulent des savoirs communicationnels</i> .....</b>	<b>348</b>
<b>7.1.2. <i>Les travailleurs sociaux questionnent la nature des savoirs qu'ils mobilisent..</i></b>	<b>350</b>
<b>7.2. LA QUESTION DES SAVOIRS PAR LES ENSEIGNANTS.....</b>	<b>352</b>
<b>CONCLUSION DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS .....</b>	<b>365</b>
<b>CHAPITRE 8. ANALYSE TRANSVERSALE DE L'ACTIVITÉ D'ÉVALUATION .....</b>	<b>370</b>
<b>CHAPITRE 9. DISCUSSION GENERALE .....</b>	<b>389</b>
<b>9.1. LES EMPRUNTS AU LEXIQUE DE LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE .....</b>	<b>391</b>
<b>9.1.1. <i>L'apport des concepts quotidiens de Vygotski</i> .....</b>	<b>392</b>
<b>9.1.2. <i>L'apport de l'invariant opératoire de Pastré</i>.....</b>	<b>395</b>
<b>9.1.3. <i>L'apport des schèmes de Vergnaud</i>.....</b>	<b>399</b>
<b>9.2. LE RAPPORT AU SAVOIR DES TRAVAILLEURS SOCIAUX.....</b>	<b>401</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>409</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>429</b>
ANNEXE 1 : COMITÉ ÉTHIQUE.....	429
ANNEXE 2 : BROCHURE PRÉSENTATION PROJET.....	431
ANNEXE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX DU SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE. SEPT 2015.....	433
ANNEXE 4 : ATTESTATIONS DE FORMATION ENTRETIEN D'EXPLICITATION .....	438
ANNEXE 5 : GRILLE D'OBSERVATION DU CONTEXTE DE PRATIQUE .....	440
ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN CONTEXTE DE PRATIQUE .....	441
ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN RÉCIT DE PRATIQUE .....	443
ANNEXE 8 : GUIDE D'ENTRETIEN D'EXPLICITATION .....	445
ANNEXE 9 : GUIDE D'ENTRETIEN D'AUTOCONFRONTATION CROISÉE .....	446
ANNEXE 10 : GUIDE D'ENTRETIEN DU GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES TRAVAILLEURS SOCIAUX .....	447
ANNEXE 11 : GUIDE D'ENTRETIEN DU GROUPE DE DISCUSSION ENSEIGNANTS .....	448
ANNEXE 12 : DOCUMENT POWERPOINT DE PRÉSENTATION POUR LES DEUX GROUPES DE DISCUSSION ..	449
ANNEXE 13 : JOURNAL DE TERRAIN.....	454
ANNEXE 14 : CALENDRIER DES TEMPS DE COLLECTE.....	457
ANNEXE 15 : ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS À PARTIR DES INFORMATIONS SATELLITES DE L'ACTION .....	458
ANNEXE 16 : EXPLOITATION DES INFORMATIONS SUR LES PARTICIPANTS .....	472
ANNEXE 17 : SYNTHÈSE DES COLLECTES DE MATÉRIAUX.....	474

## Tableaux

<i>Tableau 1: Lieux d'habitation et d'hébergement des personnes âgées. SOURCES: MSSS, info-hébergement, février 2010. Six cibles pour faire face au vieillissement de la population (AQESSS. 2011, p. 22).</i> .....	15
<i>Tableau 2: Recension des écrits à partir de la banque de données « ageline »</i> .....	24
<i>Tableau 3: Restriction de la recension « assessment » dans le titre</i> .....	25
<i>Tableau 4 : Élargissement de la recherche à d'autres bases de données</i> .....	25
<i>Tableau 5: Les attributs de la situation en didactique professionnelle (tiré de Habboub, 2005, p. 183)</i> .....	110
<i>Tableau 6 : usage chronologique des outils de collecte</i> .....	154
<i>Tableau 7 déroulement chronologique des collectes de données collectives</i> .....	169
<i>Tableau 8 : Années depuis la sortie de formation et l'entrée en SAD</i> .....	199
<i>Tableau 9 : Formation initiale en gérontologie selon l'université d'origine</i> .....	201
<i>Tableau 10 : Trajectoires professionnelles en lien avec la population âgée</i> .....	203
<i>Tableau 11 : Populations desservies avant l'entrée au SAD</i> .....	204
<i>Tableau 12 : Rapprochement des populations en stage et premières expériences de travail</i> ....	205
<i>Tableau 13 : Les douze situations retenues selon les outils de collecte</i> .....	227
<i>Tableau 14: Synthèse des douze situations cliniques</i> .....	229

## Figures

<i>Figure 1 : Les deux sources du concept d'activité (Tiré de Y. Schwartz, 2007, p. 123).....</i>	85
<i>Figure 2: La médiation dialectique, précurseur du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. ....</i>	121
<i>Figure 3: Démarche méthodologique suivie.....</i>	151
<i>Figure 4 : Posture en observation lors de l'interaction TS /PA. ....</i>	161
<i>Figure 5 : Système des informations satellites de l'action .....</i>	167
<i>Figure 6 : Entrée de la demande de service et évaluation non standardisée .....</i>	237
<i>Figure 7 : La transmission de la demande au secteur de résidence de la personne âgée .....</i>	242
<i>Figure 8 : Les deux cheminements du dossier lorsqu'il entre dans la charge du TS .....</i>	271
<i>Figure 9 : L'activité clinique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, soutenue par l'OEMC .....</i>	292
<i>Figure 10 : Deux temps dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle entre résoudre et construire .....</i>	344
<i>Figure 11 : Reprise figure 2 : le processus d'enseignement et d'apprentissage. Lenoir, 2014, p.306 .....</i>	372
<i>Figure 12 : La médiation, précurseur du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. ....</i>	374
<i>Figure 13 : Le raisonnement instinctuel dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle .....</i>	376
<i>Figure 14 : Le raisonnement déontologique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle ..</i>	378
<i>Figure 15 : Balises du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle</i>	384
<i>Figure 16 : Le raisonnement clinique dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des TS.....</i>	387

## Liste des acronymes

AIETS : Association internationale des écoles de travail social  
 AQESSS : Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux  
 ASSS : Agence de santé et de services sociaux  
 AVC : Accident vasculaire cérébral  
 AVD : Activités de la vie domestique  
 AVQ : Activités de la vie quotidienne  
 CEES : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke  
 CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés  
 CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
 CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
 CLSC : Centre local de services communautaires  
 COOP : Coopérative d'habitation  
 CSSS : Centre de santé et de services sociaux  
 CTMSP : Classification par types en milieu de soins et services prolongés  
 DP : Dépendance physique  
 DPE : Dossier patient électronique  
 DRI : Direction des ressources informationnelles  
 DSQ : Dossier santé Québec  
 EAT: *Multidisciplinary Elder Assessment Team*  
 EBP: *Evidence-Based Practice*  
 EMSQ : *Extended Mental Status Questionnaire*  
 FITS : Fédération internationale des travailleurs sociaux  
 GDF : Groupe de discussion focalisé  
 HLM : Habitation à loyer modique  
 INSPQ : Institut national de santé publique du Québec  
 ISQ : Institut de la statistique du Québec  
 JASP : Journées annuelles de santé publique  
 L.R.Q : Lois et règlements du Québec  
 LUC : Résidence privée à but lucratif  
 MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
 OBNL : Organisme à but non lucratif  
 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques  
 OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle  
 OMS : Organisation mondiale de la santé  
 OTSTCFQ : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec  
 PA : Personne âgée  
 PALV : Perte d'autonomie liée au vieillissement.  
 PANT: *Practitioner Assessment of Network Type*



PHPE : Programme d'hébergement pour évaluation  
PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie  
PSI : Plan de services individualisé  
PSIAS : Plan de services individualisés et d'allocation de services  
RAI : *Resident Assessment Instrument*  
REL : Communauté religieuse  
RLS : Réseau local de services de santé et de services sociaux  
RPA : Résidence pour personnes âgées  
RSIPA : Réseau de services intégrés pour les personnes âgées  
SAD : Soutien à domicile  
SAG : Service ambulatoire gériatrique  
SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées  
SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle  
TICE : Technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement  
TA : Théories de l'activité  
TR : Trois-Rivières  
TS : Travailleuses et travailleurs sociaux

« Les gens n'ont pas seulement des besoins, ils ont des idées au sujet de leurs besoins; ils ont des priorités, ils ont des degrés de besoins; et ces priorités et ces degrés sont liés non seulement à leur nature humaine mais aussi à leur histoire et à leur culture. Comme les ressources sont rares, ils y ont des choix difficiles à faire. » (Walzer, 1997, p. 106).

## **Introduction générale**

Au Québec, le vieillissement de la population est un fait établi, à l'instar des autres sociétés avancées, mais le phénomène y est plus rapide qu'ailleurs (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2015). Des trois scénarios proposés en 2004 par l'Institut de la statistique du Québec, nous constatons, dix ans plus tard, la confirmation de l'un d'entre eux : sur une génération, le Québec vit le doublement de la population des 65 ans et plus. Cet « inédit » démographique est une évidence statistique : « Dans 20 ans [2031], 20 % de la population québécoise aura moins de 20 ans, 54 % aura entre 20 et 64 ans et 26 %, plus d'une personne sur quatre, aura 65 ans et plus » (ISQ, 2011, p. 11). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette espérance de vie atteste de la qualité de vie (2011). Elle se mesure à différents moments : à la naissance, à 65 ans ou dans différentes conditions : en santé ou en perte d'autonomie. Le prolongement de la vie donne une amplitude à l'existence, repoussant un peu plus loin, sans pour autant l'effacer, la perte d'autonomie fonctionnelle dans ce qu'il est convenu d'appeler le grand âge. Ce temps nouveau de la vie dissocie la notion de retraite, maintenant supposée active (Lenoir, 1979; Grenier, 2007; Lesemann et D'amours, 2010), de la vieillesse impotente (Lalive d'Épinay, Spini et Équipe de Collaborateurs, 2007; Marchand, Quéniart et Charpentier, 2010; Chamahian et Lefrançois, 2012). Pourtant, la vieillesse désigne différentes façons de vieillir, que ce soit en santé ou en perte d'autonomie fonctionnelle (Guberman, 2002; Weber, 2011). En soi, devenir vieux est un indicateur de

la diffusion de meilleures conditions d'existence, suffisamment bonnes pour que, dans une société donnée, on ne meure plus dans l'enfance ou au temps de la jeunesse. Mais, si l'accroissement de l'espérance de vie est donc un important succès de société, il pose certains défis d'ajustement. Ainsi, l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006* (Statistique Canada, 2007) nous informe que la consommation en services de santé et en services sociaux augmente avec l'âge pour devenir maximale chez les personnes de 85 ans et plus (Lavoie, Guay, Gilbert et Parisien, 2010), notamment en raison de la combinaison de maladies chroniques à cet âge (ISQ, 2014).

Vivre vieux est cependant devenu un problème social trop souvent débattu sous les thèmes de retraite et de coûts pour le système de santé et de services sociaux. Le taux de dépendance est alors convoqué pour illustrer le poids de la vieillesse sur la société : « Alors qu'en 1961, le taux de dépendance<sup>1</sup> était attribuable à 85 % aux moins de 15 ans, en 2041, ce taux sera majoritairement dû à la situation des personnes de plus de 64 ans » (Demers, 2006, p. 3).

La charge financière imputable aux aînés nécessitant l'intervention de professionnels des services de santé et des services sociaux du fait de leur perte d'autonomie fonctionnelle peut être discutée à l'infini à renfort d'arguments statistiques. Et, sans conteste, l'arrivée des cohortes issues du *baby-boom* (1946-1966) à l'âge de la retraite laisse présager l'accentuation du phénomène. Dès lors, qu'il se déroule en santé ou en perte d'autonomie fonctionnelle, le vieillissement de la population est une composante

---

<sup>1</sup> Le taux de dépendance de la population renvoie au nombre d'individus jeunes (moins de 15 ans) et au nombre de personnes âgées (plus de 65 ans) qui dépendent de la population active (entre 15 et 64 ans). <http://atlas.nrcan.gc.ca/site/francais/maps/health/ruralhealth/agingpop/1>

concrète et structurante de la société québécoise, qui doit s'adapter à ce nouveau contexte, unique dans l'histoire de l'humanité.

Le concept de perte d'autonomie fonctionnelle fait appel à la classification de l'OMS. Ainsi, les incapacités qui résultent de déficiences peuvent handicaper les personnes dans leur autonomie quotidienne lorsqu'elles ne sont pas compensées. Pour compenser l'incapacité, trois systèmes d'aides sont mobilisés autour de la personne : l'aide informelle, l'aide formelle et l'aide institutionnelle (Weber, Gojard et Gramain, 2003). La première est celle des aidants, dite naturelle, elle est gratuite mais néanmoins traversée d'obligations morales et sociales. Elle repose sur un proche qui accomplit ou permet l'accomplissement de 80 % de l'aide à la personne (Guberman et Lavoie, 2010). L'aide formelle, dispensée par les services communautaires ou le secteur privé lucratif, est négociée selon un contrat de prestation. Enfin, l'aide institutionnelle se situe hors du devoir filial et d'un système de rétribution directe (Weber, 2011). Au Québec, elle mobilise les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, dont les travailleurs sociaux (TS)<sup>2</sup>.

Cette aide institutionnelle nécessite d'identifier et de reconnaître les besoins de la personne, ce qui « impose une évaluation rigoureuse de ses besoins » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2013, p. 23) pour savoir ce qui doit être compensé et déterminer comment cela doit être compensé. De plus, l'aide institutionnelle cherche à coordonner les autres types d'aide pour faire réseau autour de la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle afin de soutenir une meilleure intégration des services autour de la personne.

---

<sup>2</sup> Le terme travailleur social désigne inclusivement les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux.

Le vieillissement démographique a donc appelé une transformation profonde des façons de faire, notamment dans le domaine de l'intervention gériatrique et gérontologique. Il faut mieux faire dans un contexte où la croissance des besoins n'a aucune commune mesure avec celle des ressources. L'évaluation clinique des besoins des personnes âgées est donc au cœur de cette adaptation de l'intervention gérontologique car elle permettrait de faire mieux en termes tant de qualité que d'efficience et d'efficacité des services.

Notre objet de recherche porte sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Dans le contexte institutionnel québécois, les politiques sociales ciblent l'autonomie fonctionnelle et structurent l'aide institutionnelle aux fins de sa compensation. Comme il vient d'être écrit, le vieillissement de la population est une évidence factuelle. L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec dénombre « près de 12 000 membres [dont] environ 4 500 membres œuvrent en tout ou en partie auprès des personnes âgées » (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ], 2013, p. 1). Ainsi, l'intervention des TS auprès des personnes âgées est importante. Or, la formation initiale de ces professionnels est relativement modeste en matière de gérontologie (Rousseau-Tremblay, 2011). Il en est de même pour les ouvrages de référence dans les programmes de formation initiale en travail social : « *Of nearly 10,000 pages reviewed [ouvrages utilisés dans la formation des TS], only about 3% (309 pages) included aging content* » (Tompkins, Larkin et Rosen, 2006, p. 3). La carence est encore plus grande si l'on considère l'acte professionnel pourtant essentiel qu'est l'évaluation, ce que nous montrerons en détail plus bas.

L'observatoire de cette recherche consiste en la pratique d'évaluation, bien que ses retombées concernent la formation professionnelle initiale et continue. Nous avons en effet exploré l'activité clinique auprès du TS lorsque celui-ci évalue l'autonomie fonctionnelle d'une personne âgée (PA) mais en ayant en tête la visée de soutenir une formation professionnelle initiale plus adéquate aux défis que pose le vieillissement de la population.

Le premier chapitre problématise ce que nous venons de présenter et formule la question de recherche et les objectifs. Pour ce faire, nous débutons par l'ébauche du profil de l'ainé québécois, population prioritaire de l'intervention des TS au sein du réseau de la santé et des services sociaux, puis nous présentons comment la formation professionnelle initiale en travail social s'intéresse (ou pas) à la personne âgée et au vieillissement. Par la suite, la mise en problème expose l'évaluation. La revue des écrits scientifiques montre le caractère polymorphe des objets d'évaluation et, en contraste, le faible nombre de références à l'activité effective d'évaluer. De cette approche globale de l'évaluation, nous aboutirons spécifiquement à la place accordée à l'évaluation dans la profession de TS. Nous montrons par la suite que l'évaluation des PA par le TS participe d'un contexte socio-organisationnel enraciné dans une succession de décisions politiques, la première consistant à privilégier le domicile, la seconde renvoyant au choix d'un outil unique d'évaluation (outil d'évaluation multicientèle, ou OEMC) au sein du réseau de la santé et de services sociaux du Québec.

Partant de ces différents éléments, le premier chapitre prend fin par l'énonciation de la question de recherche, soit :

*Comment la pratique des TS nous informe-t-elle des savoirs professionnels mobilisés dans les activités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle?*

Au plan opérationnel, cette question appelle trois objectifs :

- 1) Décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en contexte d'intervention gériatrique,
- 2) Mettre à jour certains des savoirs mobilisés par les TS dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle,
- 3) Rendre ces savoirs de la pratique disponibles et transmissibles pour la formation initiale des TS à l'activité d'évaluation.

Le deuxième chapitre développe les cadres théorique et conceptuel à partir desquels l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle fut abordée. Pour appréhender la pratique, nous avons choisi les théories de l'activité (Vygotski, 1997/1934). Nous montrerons que l'activité qui consiste à évaluer est conduite en situation, notamment en situation clinique.

L'évaluation n'est pas une fin en soi et son résultat oriente l'intervention pour modifier une situation singulière. Elle positionne le TS comme intermédiaire entre la situation de la personne et l'intervention. En effet, par sa légitimité professionnelle, le TS est l'interlocuteur auprès de la PA, tout comme il devient l'interlocuteur de la PA devant l'organisation dispensatrice de services de santé et sociaux. Nous convoquons pour ce rôle d'intermédiaire le concept de médiation (Lenoir, Larose, Deaudelin, Kalubi et Roy, 2002) et, ce faisant, une conception de la situation (Lenoir, 2014).

Comme le stipulent les objectifs énoncés, cette approche théorique permet de décrire l'activité pour identifier certains savoirs mobilisés dans le déroulement de l'activité par

les professionnels afin de les rendre disponibles pour la formation. Les théories de l'activité se prolongent donc vers la didactique professionnelle (Samurçay et Pastré, 2004) pour l'énonciation de ces savoirs (Vergnaud, 1994) présents dans la pratique des professionnels dans une forme transmissible en formation.

Le troisième chapitre précise les choix méthodologiques effectués pour réaliser cette recherche qualitative qui sollicite des membres de l'OTSTCFQ expérimentés dans la pratique d'évaluation en soutien à domicile (SAD). La collecte de données a ciblé leur pratique individuelle par des temps d'observation, des entretiens semi-dirigés sur la pratique observée, des récits de pratique (Demazière et Dubar, 1997) et des entretiens d'explicitation (Vermersch, 2010). Elle s'est poursuivie avec les mêmes acteurs pour favoriser l'émergence d'une pratique collective par des entretiens d'autoconfrontation croisée (Clot, 1999) et un entretien de groupe focalisé (*focus group*) (Kalampalakis, 2011) pour l'énonciation de certains savoirs de la pratique à partir des premiers résultats. La dernière étape consiste à présenter ces résultats dans l'espace de la formation des TS. Pour ce faire, nous avons sollicité des enseignants intervenant dans la formation des TS à participer à un second entretien de groupe focalisé.

La présentation des résultats se décompose en quatre parties : l'exposition des éléments contextuels, la description de l'activité d'évaluation, la proposition de certains savoirs de l'évaluation et la validation des premiers résultats avec les interlocuteurs de la recherche. Elle débute par une présentation rapide des principales caractéristiques de la population du soutien à domicile (SAD) et les orientations données aux TS par cette organisation. À la suite de quoi, afin de répondre au premier objectif de recherche, nous avons décrit la



procédure suivie de la demande de service à l'ouverture du dossier par le TS pour évaluation.

À partir de 23 jours d'observation et de 22 entretiens (hors entretien de groupe focalisé), douze situations cliniques émergent comme fil conducteur de l'activité. Elles ont été retenues du fait de leur récurrence dans le moment de la collecte des données. C'est à partir de l'analyse de ces situations que nous avons identifié et énoncé certains savoirs de l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle qui sont mobilisés par les TS. Ceci correspond au deuxième objectif de recherche.

Le dernier chapitre constitue une discussion sur l'activité des TS et sur la transférabilité vers la formation des savoirs issus de la recherche. La recherche ciblait l'énonciation de certains savoirs de la pratique. Au terme de l'analyse, nous ne pouvons formuler des savoirs identifiés dans la pratique et préférons les énoncer comme concepts pragmatiques. En effet, « les concepts pragmatiques sont au cœur des savoirs professionnels et permettent d'agir efficacement dans des classes de situation d'un domaine professionnel donné » (Vidal-Gomel et Rogalski 2007, p. 62). Nous verrons comment ils constituent les formes stables et adaptatives d'un savoir-agir selon la situation. Celle-ci est à la fois générique parce que l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est une des missions des TS en SAD et singulière puisque toujours relative à la situation de la personne évaluée. La recherche consiste à « appréhender les axes concrets transversaux qui matérialisent chaque intervention en réalisation et qui, en même temps, dépassent sa singularité » (Soulet. 1997, p. 116).

## **Chapitre 1 . Problématisation de la question de recherche**

### **Introduction**

Puisque l'activité des TS auprès des aînés est au cœur de la recherche, il apparaît utile de dresser quelques constats les concernant. Nous débuterons par les conditions de vie des aînés qui vivent majoritairement hors d'un établissement de soins de longue durée. De fait, la pratique des TS est principalement liée au domicile des aînés. Nous constaterons dans un deuxième temps que, malgré l'importance de la clientèle âgée, la place de la gérontologie dans la formation des TS est une question récurrente (Peterson, 1990). Nous poursuivrons notre questionnement sur la gérontologie vers la pratique des TS auprès des aînés à domicile. Celle-ci est fortement associée à une activité d'évaluation, notamment de l'autonomie fonctionnelle. Or, si l'évaluation est devenue omniprésente dans les discours de gestion publique sur ce qu'il faut évaluer et avec quoi évaluer, elle est plus rarement abordée comme pratique. En d'autres termes, il est rare de questionner comment évaluer en situation alors même que l'évaluation est une fonction majeure dans la pratique des TS.

#### **1.1.Une mise en contexte**

Nous brosons à grands traits les conditions d'existence des aînés, population de l'intervention des TS qui nous sert ici d'observatoire. Les caractéristiques retenues concernent l'âge, l'autonomie dans la vie quotidienne, la consommation de services de santé et de services sociaux ainsi que les milieux de vie.

### 1.1.1. L'âge et la vieillesse

La notion de seuil pose toujours la question de sa limite, qu'elle soit inclusive ou exclusive. Autrement écrit, à partir de quoi le vécu des personnes sera-t-il considéré comme inhérent au vieillissement? L'Assemblée mondiale sur le vieillissement, qui fut convoquée à Vienne en 1982 par l'Organisation des Nations Unies, établit son seuil à l'âge de 60 ans (Chenier, 1993). Pour soutenir cet argumentaire, spécifiquement au Québec, les gradations du statut de pensionnaire en fonction de l'âge des personnes en témoignent :

Il est intéressant de prendre connaissance du parcours suivi depuis quelques décennies du processus d' « identification » (Guillemard, 1980) de la population dite âgée, composée hier de « vieillards »; mais aujourd'hui de personnes « aînées ». Progressivement à l'échelle du Canada et au Québec, entre 1927 et 1936, une partie de la population est devenue « âgée » à 70 ans, et ce, selon leur revenu. En 1952, indépendamment cette fois de leur situation financière, les individus de 70 ans et plus sont devenus des personnes « âgées » en bénéficiant de la pension universelle de Sécurité de vieillesse. En 1970, ce sont les gens de 65 ans et plus qui y ont eu droit. Finalement, depuis 1984, une personne salariée peut recevoir dès 60 ans une rente de retraite anticipée du Régime de rentes du Québec. (Pilon, 1990, p. 146)

L'entrée à la retraite signifie donc l'entrée dans le temps de la vieillesse sociale, ce que Rémi Lenoir énonce clairement dans *L'invention du troisième âge, Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse* (1979), pour reprendre le titre de cette publication majeure. L'âge représente toujours une borne symbolique dans nombre de mesures publiques alors que la cessation de l'activité professionnelle est un indicateur aujourd'hui approximatif de la vieillesse. En effet, certains sont retraités bien avant 60 ans alors que d'autres se maintiennent ou retournent en emploi au-delà de 65 ans (Pennec, 2004). Cette logique catégorielle subit cependant de fortes pressions à être levée car trop simpliste. Ainsi, les politiques publiques de la santé au Québec passent

d'une logique de programmes-clientèles dans les années 1980 à une logique de programmes-services à compter de 2003. Pour accéder à ces programmes, des critères cliniques modulent de facto le critère d'âge; on parle par exemple du syndrome gériatrique pour caractériser une personne connaissant précocement des maladies chroniques qui sont généralement attribuées à l'âge. Cette évolution produit une transformation de la logique catégorielle à l'œuvre et nécessite pour son effectivité le déploiement de dispositifs évaluatifs moins administratifs et davantage cliniques (Couturier, Gagnon, Salles et Belzile, 2011). Ainsi, « [d]es critères comme l'âge, le sexe, l'appartenance à une catégorie sociale ou autre ne peuvent être appliqués pour déterminer le contour d'un programme. En vertu du principe de l'universalité des services, l'application de tels critères ne trouve aucune justification » (MSSS, 2004, p. 6).

Pour autant, le grand âge, marqué d'« années fragiles », pour reprendre le titre de l'ouvrage de Lalive d'Épinay, Spini et Équipe de collaborateurs (2007), convoque plus strictement des critères de santé pour sa définition. Et la santé des personnes très âgées mobilise de manière particulièrement intensive les services publics : « L'état de santé des personnes âgées représente un élément primordial de l'appréciation des incidences du vieillissement démographique : beaucoup de services de santé et de services sociaux en dépendent directement » (ISQ, 2004, p. 38).

Dans ces mêmes temps, comme l'âge, le concept de santé évolue et passe de la simpliste « absence de maladie » à un « état de bien-être complet : physique, mental et social », selon la définition de l'OMS (1946). Cette évolution conceptuelle convoque dès lors un « processus d'adaptation de l'individu à son environnement et aux changements » (Colvez,

Gardent et Bucquet, 1990) conception reprise dans les politiques publiques (ISQ, 2004). Au sein de la population, la prédominance en termes de prévalence des maladies chroniques sur les maladies épidémiques nécessite certainement des capacités d'adaptation chez les individus, qu'ils soient âgés ou pas. Ainsi, l'indicateur global de la santé « intègre trois dimensions : la perception de la santé en général, de la santé mentale et de la santé fonctionnelle » (ISQ, 2012, p. 2). Si l'individu pouvait espérer guérir d'une maladie épidémique, il devra apprendre à s'ajuster le reste de sa vie aux conséquences fonctionnelles de la (des) maladie(s) chronique(s) dans son quotidien.

Ainsi, la majorité des personnes de 65 ans et plus se considèrent globalement en bonne santé lorsqu'on prend en compte la perception qu'elles en ont et l'absence de problèmes (modérés ou graves) de santé diminuant leur capacité fonctionnelle (ISQ, 2012). Pourtant, 82 % des personnes âgées vivant en ménage privé présentent au moins un problème de santé chronique (ISQ, 2012, p. 8). Ainsi, les personnes peuvent vivre avec une maladie chronique à laquelle elles se sont adaptées, et ce, à un point tel que ladite maladie ne les empêche pas de se déclarer globalement en bonne santé. Nous pourrions illustrer cet apparent paradoxe par le déclaratif d'une personne diabétique qui a intégré la gestion de sa glycémie à son quotidien de telle façon que cette maladie chronique, stabilisée ne constitue pas un problème de santé mais une condition de son existence.

C'est lors du grand âge que différents auteurs situent la consommation maximale de services de santé, soit à 85 ans et plus (ISQ, 2004). Ainsi, en contexte de vieillissement, « [p]lus de la moitié des hommes et des femmes de 85 ans et plus ont besoin d'aide (51% et 64% respectivement), alors que cette situation est nettement moins courante chez les personnes plus jeunes » (ISQ, 2012, p. 6).

Le report dans le temps de cet épisode coûteux d'utilisation de services est précédé d'un même report dans le temps de la perte d'autonomie fonctionnelle. Ce double report est clairement un succès sociétal et une preuve de la relativité de concept de vieillissement pour une même société. Ainsi, la catégorie d'âge 65 ans et plus est modulée par la catégorie clinique perte d'autonomie fonctionnelle. Sur le plan fonctionnel, le fait que les individus soient autonomes (ou pas) dans et pour leurs activités de la vie quotidienne apparaît clairement comme une condition impérative de l'accès aux services et commande une capacité à évaluer finement cette autonomie en situation.

### **1.1.2. Santé et lieux de vie**

Pour nombre d'aînés québécois, le vieillissement se passe à priori relativement bien, et la majorité d'entre eux vivent donc à domicile.

Au Québec, 63 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent en ménage privé (à domicile) sont en bonne santé en 2009-2010. Cette évaluation est basée sur trois aspects de leur santé, à savoir : leur état de santé en général, leur santé mentale et leur santé fonctionnelle. (ISQ, 2012, p. 2)

*Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* estime qu'« au cours d'une année, 95 % des aînés [c'est-à-dire ici les 65 ans et plus] ont consulté au moins une fois un médecin ou un chirurgien, alors que 15 % d'entre eux ont bénéficié de services à domicile » (INSPQ-MSSS, 2006, p. xii). Les publications relatives à l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier nous informent qu'« environ 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus, lesquelles ne représentent que 14 % de la population » (MSSS, 2010, p. vii). Nous entendons l'argument de la surreprésentation des aînés dans les

hôpitaux : globalement, le cinquième de la population consomme la moitié des journées d'hospitalisation.

Les statistiques, nous l'avons vu, soulignent un recours croissant aux services de santé et aux services sociaux en corrélation avec l'âge des personnes, surtout dans le grand âge. La problématisation du vieillissement se matérialise alors dans la consommation de ces services pour compenser la survenue de la perte d'autonomie fonctionnelle. Cette autonomie est ici comprise comme fonctionnelle, c'est-à-dire qu'elle ne concerne pas la dimension ontologique de l'autonomie, mais bien les effets fonctionnels sur la capacité des individus de réaliser concrètement leur volonté.

### **1.1.3. Une graduation des lieux de vie**

Les personnes âgées, de plus en plus âgées, qui nécessitent des soins et des services professionnels doivent parfois quitter leur domicile. Le bulletin *Info-Hébergement* de septembre 2011 du MSSS donne l'étendue des « catégories de ressources d'hébergement et d'habitation » identifiées dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). Sans vouloir en faire le dénombrement, la synthèse suivante rend compte de la stratification des lieux de résidence possibles selon les besoins de la personne. L'hébergement en ressources intermédiaires propose cinq formes d'organisation résidentielle (appartement supervisé, maison de chambres, maison d'accueil, résidence de groupe, autre type de résidence) qui hébergent 15,4 % de la population des programmes relatifs aux personnes en perte d'autonomie fonctionnelle (MSSS, 2011, p. 13).

Les résidences pour personnes âgées (RPA) représentent une option d’habitation pour les personnes âgées autonomes ou ayant une perte d’autonomie fonctionnelle de légère à modérée en raison des services variés qui y sont proposés. Elles sont, au sens de la loi, un domicile comme un autre. Elles se présentent sous cinq types : les résidences privées à but lucratif (LUC), les résidences privées à but non lucratif (OBNL), les coopératives d’habitation avec services (COOP) conçues et occupées par des personnes âgées, les habitations à loyer modique avec services (HLM) dédiées aux personnes âgées, et les communautés religieuses (REL) pour les religieux retraités ou les personnes âgées laïques (MSSS, 2011).

Cet inventaire est significatif d’une vision expansive du concept de chez-soi, passant du domicile traditionnel à divers lieux possibles de résidence de remplacement, le tout hors du centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dédié aux clientèles requérant le plus de services. Le développement dans le secteur privé, lucratif et non lucratif, est à la fois impulsé et contrôlé par les orientations ministérielles au titre de la diversification des milieux de vie et de l’adéquation des modalités d’hébergements aux profils des besoins, ce qui requiert une capacité évaluatrice standardisée accrue. L’Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) établissait ainsi le profil résidentiel des personnes âgées :

**TABLEAU 1: LIEUX D’HABITATION ET D’HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES. SOURCES: MSSS, INFO-HÉBERGEMENT, FÉVRIER 2010. SIX CIBLES POUR FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION (AQESSS. 2011, P. 22).**

<b>2009</b>	<b>65-74 ANS</b>	<b>75-84 ANS</b>	<b>85 ANS et plus</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Domicile traditionnel</b>	96,4 %	83,2 %	60,9 %	87,6 %
<b>Résidence privée avec services</b>	2,4 %	12,5 %	26,1 %	8,7 %
<b>Ressource de type familial</b>	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
<b>Ressource intermédiaire</b>	0,2 %	0,5 %	1,4 %	0,5 %
<b>CHSLD</b>	0,8 %	3,6 %	11,3 %	3 %
<b>TOTAL</b>	100 %	100 %	100 %	100 %



Nous retiendrons de ce portrait que 87.6 % des personnes de 65 ans et plus sont à domicile. Si l'établissement représentatif de la vieillesse en perte d'autonomie fonctionnelle est certainement le CHSLD, il n'accueille que 3 % de la population des aînés, proportion tendanciellement à la baisse, l'État estimant que le CHSLD est un dernier recours.

De plus, le choix premier des aînés est de rester à domicile, et pour ceux pour qui cette intention est difficile à réaliser, les politiques sociales encouragent le recours aux domiciles intermédiaires. Il s'agit dans tous les cas de limiter, d'éviter ou de repousser l'entrée en CHSLD par des stratégies de maintien de l'autonomie fonctionnelle en raison des coûts et des effets délétères de ce dispositif sur la santé et le bien-être des personnes. Cependant, il est entendu que l'entrée en institution est parfois requise pour des raisons multifactorielles, combinant l'état de santé physique et psychique de la personne et des ressources fragiles, dont le réseau familial. Blanchard (2008) au Québec et en France Mantovani, Rolland et Andrieu (2008) ont dévoilé dans deux études différentes les similitudes des raisons d'entrer en établissement hors hôpital. L'état de santé est la mesure objectivable de cette orientation, mais la perte ou l'effilochement des ressources mobilisables (conjoint, enfants, voisins) sont les arguments implicites qui peuvent mettre fin au domicile. L'entrée en établissement tient donc aux limites de l'offre de services du soutien à domicile dans un contexte d'effritement des forces de compensation. Ainsi, les limites des solutions mobilisables jouent au même titre que l'état de santé de la personne, voire davantage.

L'inadéquation du milieu dans l'évolution de la situation de la personne rend la perte d'autonomie fonctionnelle visible et s'entend comme construction du concept de

handicap (Fougeyrollas, 2002) par l'épuisement des forces de compensation de l'incapacité.

De nombreuses études empiriques sur la demande de soins formels confirment que l'incapacité, exprimée en termes de restrictions de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ), est le principal motif de recours soit à des services d'aide formelle, soit de placement en institution (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010, p. 1)

Mais la question de l'adéquation de l'hébergement aux besoins de la personne a des répercussions sur tout le système. « Le nombre de jours-présence dans les hôpitaux par les personnes âgées en attente d'une place d'hébergement a augmenté de 21 % de 2006-2007 à 2009-2010 pour l'ensemble de la province » (Vérificateur général du Québec, 2012, p. 18). Sans pour autant affirmer que l'état de santé assigne le lieu de résidence, nous pouvons soutenir que la capacité collective de compenser la perte d'autonomie fonctionnelle l'oriente grandement. Une fois évaluée, l'autonomie fonctionnelle indiquera qui, du domicile ou des hébergements graduellement qualifiés par la dispensation de services, est l'endroit le plus adéquat pour la personne. Même si ce n'est pas le seul critère, cette évaluation est fortement organisatrice de l'hébergement comme condition favorable au soutien à domicile.

En ce sens, le *Rapport annuel du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013. Vérification de l'optimisation des ressources* (2012), est très explicite. Parmi ses faits saillants, nous relevons que « [l]es ressources [d'hébergement] existantes ne correspondent pas toujours aux besoins de la clientèle, ce qui entraîne parfois une utilisation inadéquate des ressources » (2012, p. 3). De fait, « [d]es économies importantes auraient pu être réalisées si les personnes admises en

CHSLD mais n'ayant pas le profil souhaité (10 et plus) avaient été orientées vers une ressource intermédiaire » (Vérificateur général du Québec, 2012, p. 14).

Le principe général « la bonne personne à la bonne place » s'entend donc du point de vue de la personne qui reçoit les services mais aussi du point de vue du système de santé et de services sociaux (Dolbec, 2011). Ces arguments renforcent les enjeux organisationnels d'une évaluation solide de l'autonomie fonctionnelle comme de l'adéquation des biens et services pour le soutien des populations âgées concernées par cette condition.

Si le domicile est largement le lieu de vie des aînés, il est parfois combiné à des épisodes d'hospitalisation ou d'hébergement temporaire. De fait, la politique *Chez soi, le premier choix* (MSSS, 2003) multiplie les intermédiaires entre le soutien à domicile et le CHSLD. Chacune de ces modalités d'hébergement, selon le niveau d'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur, appelle une capacité évaluatrice capable d'appréhender lesdits niveaux au regard de la lecture des besoins.

## **1.2. Gérontologie et travail social**

Nous venons de le voir, les effets fonctionnels du vieillissement requièrent des ajustements aux formes de soutien, notamment par la diversité des types d'hébergement, pour bien répondre aux besoins évolutifs des personnes. Ils nécessitent également des professionnels aptes à appréhender la situation de cette population somme toute relativement nouvelle, comme nous l'avons souligné dans le contexte du vieillissement démographique. Pour les TS, cette nouveauté tient principalement au fait que la vieillesse n'est plus abordée uniquement sous le couvert de la pauvreté, mais aussi sous

l'angle des conséquences multiples d'une vie avec et malgré des incapacités dans différentes sphères de la vie quotidienne puisque à domicile.

### 1.2.1. La gérontologie dans la formation initiale en travail social

Les arguments qui présentent le vieillissement comme une évidence populationnelle et organisationnelle qui influence la pratique des TS sont récurrents dans les écrits scientifiques (Ulintz, 1979; Peterson, 1990; Rosen, 2003; Bergel, 2006). Face à cette évidence, la place accordée à la gérontologie en travail social est qualifiée d'inadaptée (Rousseau-Tremblay, 2011). Dans sa thèse de théologie, Ouellette (2007, p. 12) reprend les résultats de la recherche sur les stéréotypes vis-à-vis des personnes âgées :

Des membres appartenant à cinq catégories de professionnels de la santé ont effectivement répondu à un questionnaire mesurant les mythes entourant le vieillissement et ce sont les travailleurs sociaux qui obtiennent le plus grand nombre de mauvaises réponses (73 %) (Singleton, Harbison, Melanson et Jackson, 1993).

Ce constat est renforcé par le faible intérêt pour cette problématique dans les formations initiales au Québec (Rousseau-Tremblay, 2011). Sur le plan statistique, le vieillissement de la population augmente et, de ce fait, la part des populations vieillissantes<sup>3</sup> dans les contextes d'intervention des TS. Cette question de la place de la gérontologie semble perdurer. À titre illustratif, en novembre 2000, *The CSWE SAGE-SW Project* indique :

*The social work profession is both challenged and well suited to responding to the significant demographic changes in our society (Fahey, 1996). For example, in a survey of National Association of Social Workers (NASW) members, 62% of those who did not prepare themselves to work with older people reported that*

---

<sup>3</sup> « En 2015, l'âge moyen des citoyens des municipalités de moins de 1000 habitants était de 44,5 ans, contrairement à 41 ans dans les villes de plus de 100 000 habitants. Pour l'ensemble du Québec, l'âge moyen était de 41,7 ans. (ISQ, 2015) dans son *Coup d'oeil sociodémographique* de février. » <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2016/02/10/001-vieillessement-population-quebec-municipalite-region-institut-statistique-isq-demographique-aines.shtml>

*gerontology knowledge was nevertheless required in their jobs (Peterson, 1990). (Rosen, Zlotnik, Curl et Green, 2000, [s. p.]).*

En perte d'autonomie ou pas, les aînés peuvent être les bénéficiaires directs (violences conjugales, par exemple) ou indirects (en protection de la jeunesse, le bénéficiaire direct pouvant être un mineur dont la garde implique les grands-parents) de l'intervention des TS. D'autre part, les orientations politiques favorisant le soutien à domicile, les TS du milieu communautaire sont aussi appelés à intervenir auprès d'une population plus âgée :

*The growing population of older persons and the changing health care delivery system (for example, shortened hospital stays) demand more of family caregivers [...] To help them cope with these demands, nurses and social workers, who treat diverse older population, must have cultural competence to enable them to practice effectively with caregivers. (Damron-Rodriguez, 2008, p. 40)*

Afin de répondre à ces nouvelles conditions et populations dans les pratiques en travail social, Birkenmaier, Rowan, Damron-Rodriguez, Lawrance et Volland (2009, p.787), s'appuyant sur des recherches publiées au cours de la décennie précédente, recensent les savoirs identifiés comme incontournables en travail social :

*The knowledge base about aging sought for social work practice must include knowledge about the following:*

- (a) Client experience and environmental context;*
- (b) Appropriate interventions;*
- (c) Macro issues involved, such as legal, policy, procedural and organizational context (Brown, 1996; Peace, 1996).*
- (d) However, less than 2% of graduate social work students who are not specializing in aging take aging courses in their graduate course of study (Damron-Rodriguez, Villa, Tseng, & Lubben, 1997).*

Le dernier point souligne à la fois le peu d'étudiants en travail social qui se spécialisent en gérontologie par leur curriculum initial et la place faiblement formalisée de contenus gérontologiques dans ces formations (Birkenmaier *et al.*, 2009; Tompkins *et al.*, 2006;

Weinreich et Tompkins, 2006; Damron-Rodriguez, 2008; Rousseau-Tremblay, 2011).

Pour illustrer ces propos, nous reprenons les résultats de l'analyse de contenus des ouvrages utilisés dans les formations initiales des TS :

*Of nearly 10,000 pages reviewed, only about 3% (309 pages) included aging content. A foundation cultural diversity text included the most aging content (6%), with only 5% aging-related content identified in HBSE texts, 2% across practice books reviewed, 4% within policy texts, 2% in research texts, and less than 1 page in the 1 field education text. (Tompkins et al., p. 21)*

Dans une société vieillissante, nous faisons le double constat du peu de référence à la gérontologie et du faible nombre d'étudiants qui vont vers les cours offerts en gérontologie en formation initiale.

*Other investigators also have noted the absence of gerontology qualifications among workers in the field in spite of the need for trained aging specialists (Moon, Wilson, Goodman, & Damron-Rodriguez, 2009; Moon, Wilson, Takahashi, Damron-Rodriguez, & Goodman, 2008; Van Dussen, & Franklin, 2010). (Pelham, Schafer, Abbott et Estes, 2012, p. 11)*

Au Québec, le plus souvent, les cours gérontologiques en travail social sont offerts sous forme de cours optionnels qui, faute d'inscrits, ne sont pas systématiquement donnés (Rousseau-Tremblay, 2011). Le peu d'offre de formation en travail social limite la demande et le peu de demandes restreint l'offre de formation, ce qui, ultimement, agit négativement sur la compétence gérontologique des TS. Plus spécifiquement, les étudiants en travail social envisagent peu de travailler en gérontologie (Rousseau Tremblay et Couturier, 2012). La gérontologie ne semble pas faire partie des priorités de formation du point de vue des étudiants et du point de vue des programmes. En bref

*[the] aging of society requires more trained aging specialists. Are higher education institutions prepared? Results of a comparison of gerontology programs in 2000 and 2010 indicate that the number of programs has declined and that higher education is not prepared. (Pelham et al., 2012, p. 6)*

Malgré ce constat, plusieurs articles présentent des expériences pédagogiques visant à modifier les représentations des étudiants sur le vieillissement (*Palmore's facts on aging quiz*) et à susciter l'attrait pour la gérontologie par des expérimentations d'enrichissement gérontologique, parfois gériatrique (Patterson, 2005 ; Lee *et al.*, 2006). Les supports pédagogiques sont des narrations intergénérationnelles (rencontres dans la communauté) et interculturelles (ethnicité de la vieillesse, paupérisation de la vieillesse). Il y a donc une double qualification de la rencontre : vieillesse et communauté de même que vieillesse et pauvreté. Les cours de méthodologie offrent quant à eux la possibilité d'explorer cette clientèle, par exemple lors d'activités de déconstruction des stéréotypes (Vézina, 2010).

### **1.2.2. L'enjeu pour la profession**

Au-delà de l'inadaptation de la formation initiale aux besoins de la population, certains chercheurs soulignent l'enjeu pour la profession. En effet, peu de recherches en gérontologie émanent du travail social. La profession s'expose alors à voir la place qu'elle pourrait occuper dans ce champ être conquise par d'autres acteurs (Carrière, 2001). Le vieillissement de la population pourrait cependant constituer une nouvelle spécialité de la pratique ou modifier l'approche traditionnelle en travail social (Ivry, 1992).

Le constat fait pour le travail social est commun aux formations initiales appelées à travailler avec un public âgé. En effet, les étudiants en médecine, en psychologie ou en sciences infirmières montrent également peu d'intérêt pour la gérontologie (Etheridge *et al.*, 2009). Pour toutes ces raisons, l'intervention auprès des aînés est une pratique qui s'apprend avant tout en situation professionnelle, y compris en travail social. Les savoirs

qui s’y construisent sont donc peu formalisés en objet didactique. La question de la professionnalité des professions du social est ainsi remise en cause :

Si la prestation d’un service au sein de la plupart des métiers relationnels se réalise par une nécessaire transaction relationnelle, leur professionnalité repose sur des critères difficilement appréhendables de manière rationnelle, d’où la difficulté de rendre compte de leur performance. (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009a, p. 3)

### 1.3. Revue des écrits scientifiques

Une revue des écrits scientifiques nous permet de dresser un portrait des publications en la matière. Les articles recherchés sont publiés en français ou en anglais. La combinaison des mots clef « évaluation + travail social + personnes âgées » dans des banques de données spécialisées en travail social et en gérontologie donne lieu au repérage de nombreuses publications (516 articles entre 1968 et 2012<sup>4</sup>). Les opérateurs ciblant les articles scientifiques numérisés durant la période de publication la plus productive (2000 et plus<sup>5</sup>) ainsi que la limitation des sources<sup>6</sup> réduisent le nombre de références.

#### 1.3.1. Une vieillesse dysfonctionnelle

En premier constat, la vieillesse est reliée à des pathologies ou des problématiques cliniques singulières (maladie d’Alzheimer, chute, alcoolisme, etc.) ou catégorielles (centenaires, femmes, communautés ethniques, groupe social, etc.). Ces approches par

---

<sup>4</sup> La mise à jour pour la période allant de 2012 jusqu’à 2015 dans les banques de données *Abstract in Social Gerontology*, *Ageline*, *Eric*, *Medline* et *Social Work Abstract* avec les mots clefs « *assessment + elderly + social workers* » et « *personne âgée + évaluation + travail social* » dans les résumés ne donne pas de référence.

<sup>5</sup> Pas moins de 97% des textes ont été publiés à compter de 2000.

<sup>6</sup> *Journal of the American Geriatric Society*, *Gerontologist* et *Age and Ageing*, excluant *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *Journal of Geriatric Nursing* et *International Psychogeriatric*. Ces banques de données proposent des références plus orientées vers la clinique médicale, infirmière ou psychiatrique, donc davantage axées sur une lecture pathologique du patient âgé.



problème permettent de comprendre que les TS, étudiants ou en emploi, sont plus en mesure de s'exprimer sur le vieillissement pathologique, dysfonctionnel que sur le vieillissement normal (Cherry et Brigman, 2010). Nous avons donc posé d'autres restrictifs dans la recension des écrits scientifiques (« *not cognitive* », « *not cancer* », « *not abuse* »). Par la suite, les situations strictes de soins ainsi que les articles hors Amérique du Nord ont été exclus à l'étape de la lecture des résumés, le contexte de la recherche étant situé au Québec. Toutefois, selon leur pertinence, les comparaisons internationales incluant le Québec ont été conservées. Ces choix réduisent les références à 141 articles.

### 1.3.2. Évaluation de la pratique, rarement en contexte de vieillissement

Les données relatives à l'évaluation comme processus dans la pratique des TS étant limitées, nous avons effectué une seconde recension sur le concept d'« *assessment* » dans la banque de données *Ageline*, utilisée en gérontologie, avec cette stratégie de requête :

TABLEAU 2: RECENSION DES ÉCRITS À PARTIR DE LA BANQUE DE DONNÉES « AGELINE »

Titre <i>Assessment</i> +	Abstract <i>Elderly</i> +	Abstract <i>Social action</i>	7 ressources
Abstract <i>Assessment</i> +	Abstract <i>Elderly</i> +	Abstract <i>Social workers</i>	110 ressources <b>sans limite de date</b>
Abstract <i>Assessment</i> +	Abstract <i>Elderly</i> +	Abstract <i>Social workers</i>	95 ressources <b>de 1980 à 2009</b>

Nous avons conservé les textes postérieurs à 1980, date à partir de laquelle les outils d'évaluation sur la question de la perte d'autonomie fonctionnelle commencent à être diffusés (Hébert, 1982). La seconde opération (« *assessment* » dans le titre) limite fortement la liste des articles disponibles, d'autant plus si le groupe « âgé » est spécifié dans le résumé :

TABLEAU 3: RESTRICTION DE LA RECENSION « ASSESSMENT » DANS LE TITRE

Titre <i>Assessment</i> +	Abstract <i>Social workers</i>	55 ressources	
Titre <i>Assessment</i> +	Abstract <i>Elderly</i> +	Abstract <i>Social workers</i>	13 ressources

Un rapide calcul permet d'affirmer que plus des trois quarts des articles sur l'évaluation en travail social ne concernent pas le vieillissement. En effet, la spécification « *elderly* » fait passer la liste de 55 à 13 références.

Devant la limitation des références offertes par la banque de données spécialisée en gérontologie, la même investigation aux banques de données usuellement employées pour les recherches en travail social élargit la recherche à *Ageline*, *Social Gerontology*, *Eric*, *Francis* et *Social Work Abstracts*. Cette requête nous a permis de trouver 24 ressources. Cet élargissement a permis d'ajouter 11 articles.

TABLEAU 4 : ÉLARGISSEMENT DE LA RECHERCHE À D'AUTRES BASES DE DONNÉES

Titre <i>Assessment</i> sans limitation de date dans <i>Ageline</i> +	Abstract « <i>Elderly</i> »	Abstract « <i>Social action</i> »	7 ressources
Titre <i>Assessment</i> sans limitation de date dans <i>Ageline</i> , <i>Social gerontology</i> , <i>Eric</i> , <i>Francis</i> , <i>Social work abstracts</i> .	Abstract <i>Elderly</i> +	Abstract <i>Social workers</i>	24 ressources

Les sept articles de *Ageline* issus de la recherche « *Social action* » concernent l'offre de services du point de vue des organisations. Leurs contenus permettent de cerner la question sociale relative à la population âgée. La première ressource (Holmes, 1979) est un *handbook* identifie et diffuse des références en gérontologie dans les professions d'intervenants en gérontologie hors médecine. Si la gérontologie est abordée, l'évaluation ne l'est pas. Les intérêts portent sur les liens entre les personnes âgées et les communautés religieuses (Teff, 1982) ou laïques (Wells, 1991) mobilisées en matière de services. D'autres auteurs constatent que la variable socio-économique expose dans le

grand âge, et plus certainement les femmes que les hommes, à l'entrée en institution (Mayer, 1998).

Enfin, une étude analyse la variabilité des trajectoires de soin des personnes malades de 70 ans et plus, à partir des dossiers traités par les médecins et les TS. Rapidement, dans l'évaluation des premiers, le rôle de protection sanitaire est dominant. Pour les TS, l'évaluation se fera en fonction des services disponibles. La conclusion soutient que, dans les deux cas, les routines d'évaluation ne prennent pas en compte le cas dans une perspective compréhensive (Garms, 1989).

### **1.3.3. L'évaluation et ses instruments**

Les 24 autres ressources apportent des précisions instrumentales; par exemple, 9 d'entre elles réfèrent à un outil d'évaluation utilisé à domicile. Ces articles décrivent les techniques adéquates à employer au cours de la visite pour évaluer le comportement des individus âgés connaissant un affaiblissement de leurs capacités cognitives (Kapust et Weintraub, 1988). En institution, le *Resident Assessment Instrument* (RAI) est présenté comme facilitant le travail multidisciplinaire (Cipriani et Bernabei, 1995). Les objectifs de tels outils consistent à produire une évaluation globale mais aussi spécifique, comme l'évaluation du réseau de soutien à domicile avec le *Practitioner Assessment of Network Type* (PANT) (Wenger et Tucker, 2002), l'évaluation des pertes cognitives à l'aide de l'*Extended Mental Status Questionnaire* (EMSQ) (Whelihan, Leshner, Kleban et Granick, 1984), ou encore l'évaluation des troubles de l'alimentation (Ludman et Newman, 1986). Ces différentes thématiques, qu'elles soient globales ou spécifiques, conduisent à la présentation de guides plus ou moins denses (une page pour le dernier exemple en nutrition). Les articles souhaitent démontrer la fiabilité et la pertinence des outils à partir

d'une expérimentation mise en œuvre dans une logique le plus souvent quantitative et proposent des guides de pratique dans une intention diffusionniste de l'outil.

Nous observons aussi, à partir du dépistage de la maltraitance ou de la négligence envers les aînés, effectué par exemple au moyen du *Multidisciplinary Elder Assessment Team* (EAT) (Matlaw et Spence 1994), la diversification des outils et guides. Si certains guides de pratique visent à la conscientisation des intervenants par l'utilisation du protocole de détection de la maltraitance (Fulmer et Wetle, 1986), d'autres guides de pratique pour l'évaluation ciblent des patients âgés maltraités ou négligés recevant des services à domicile et résidant avec des membres de leur famille (Kinderknecht, 1986). Ces exemples illustrent la spécialisation des objets au travers desquels la personne âgée est appréhendée et la spécialisation des problèmes à partir desquels elle est appréhendée. Ces articles viennent confirmer la vision catégorielle conduisant à une évaluation hyperspécialisée mais éventuellement aveugle sur les autres composantes de la vie de la personne.

Peut-être en réaction à ce constat, d'autres articles traitent de l'évaluation multidisciplinaire dans la collaboration entre médecins et TS (Rubenstein, Abrass et Kane, 1981; Borok *et al.*, 1994; Boongird, Thamakaison et Krairit, 2011). L'enjeu n'est pas seulement clinique, il est aussi explicitement gestionnaire. Ainsi, le programme gériatrique multidimensionnel de l'évaluation (MDGA) est pertinent puisqu'il contribue à diminuer la durée du séjour de patients âgés à l'hôpital (Leddesert *et al.*, 1994). Dans le même sens, des études concluent à la grande variabilité des recommandations de soin ou de placement pour une personne âgée entre les TS et leurs collègues d'autres disciplines (Bradshaw et Gibbs, 1988; Clemens, Walsh, Caro et Wetle, 1996). Cette variabilité

tiendrait au fait que les TS seraient plus enclins à surestimer les forces que les faiblesses de la personne en perte d'autonomie (Hwang et Cowger, 1998). Enfin, dans l'intervention, le champ éthique est clairement questionné par la résistance qu'oppose le client âgé en intervention, que ce soit au moment de l'évaluation ou lors de la proposition de soins et de services (Hayes, Soniat, Turner Burr, 1986.).

#### **1.3.4. Peu de référence sur l'acte d'évaluation**

Nous constatons par la recension des écrits que l'évaluation est abordée avant tout comme procédure assortie d'instruments dont la performance est scientifiquement démontrée par la convocation de preuves statistiques. Ces outils plus ou moins standardisés sont assortis de guides de bonne pratique, qui inscrit l'évaluation dans une intention normative. Cette dernière mesure des objets diversifiés : des politiques sociales aux établissements, des services aux dispositifs et des programmes aux interventions des professionnels. Le numéro spécial de la revue *Service social*, ayant pour titre *Évaluation - Colloque 1999*, va dans le même sens. Dans le champ du travail social, elle se prolonge vers deux axes, en l'occurrence l'évaluation de la qualité des services rendus à la clientèle et l'évaluation de l'intervention, et peu de références ont trait à l'évaluation comme pratique porteuse de savoirs cliniques. Dans la synthèse des débats, l'enjeu pour la formation des intervenants est clair, ainsi que la question de savoir comment mener une évaluation clinique bien que catégorielle :

Sur le plan provincial, l'évaluation se définit essentiellement sous l'angle de la politique clientèle. De type qualitatif, les évaluations réalisées ont notamment permis de mettre en lumière les réels besoins de formation des intervenants psychosociaux. La question de l'évaluation des actions posées à l'égard des personnes âgées qui présentent une déficience intellectuelle a aussi été explorée. (Boucher, 1998, p. 13)

Selon notre lecture de la revue, cette allusion concerne la contribution intitulée *L'utilisation de l'évaluation dans le développement des interventions sociales* (Beaudoin, 1998). L'auteur y affirme que « [s]ans nier la légitimité et l'importance des autres types d'évaluation, l'évaluation sur cas unique permet l'amélioration de l'imputabilité et le développement des connaissances en travail social [...] » (Beaudoin, 1998, p. 211). La conclusion de ce même article vient souligner le lien nécessaire à établir entre pratique, formation et évaluation :

Il est nécessaire de trouver les moyens de rapprocher l'évaluation et la pratique de l'intervention pour rendre plus naturelle et pour intégrer l'évaluation dans les activités d'intervention. Pour ce faire, l'apprentissage de l'évaluation doit occuper une place plus importante dans la formation des intervenants sociaux. Dans les milieux de pratique, un soutien adéquat doit être fourni pour permettre à certains intervenants d'avoir tout au moins la possibilité d'associer la recherche en évaluation à leur pratique professionnelle. Il faut cesser de voir l'évaluation comme faisant partie uniquement du processus de gestion et la définir comme directement utile à l'intervention et aux différents participants à l'intervention. (Beaudoin, 1998, p. 231)

Nous faisons ici le lien avec le constat de Beckers dans son livre, au chapitre intitulé *Contribuer à la construction identitaire en travaillant les attitudes et représentations socioprofessionnelles* :

[Et pourtant], les grilles d'évaluation de stage, de même d'ailleurs que certains bulletins scolaires, contiennent souvent des rubriques qui évoquent des « attitudes » ou « comportements » jugés indispensables à une bonne intégration dans le contexte visé... Incohérence notoire qui consisterait à évaluer quelque chose qu'on n'a pas enseigné. (Beckers, 2007, p. 9-10)

L'article se poursuit, sans apporter de notre point de vue, d'éclairage sur l'acte clinique qui consiste à évaluer. En matière d'évaluation en travail social, Paquette (1985) recense six types d'intervention selon le type d'influence recherchée par l'intervenant (s'imposer, modifier, laisser aller, s'ingérer).

1. L'évaluation « pour » est une intervention de suppléance où le degré de contribution de l'intervenant est disproportionné; elle implique que l'intervenant agisse à la place de la personne.
2. L'évaluation « sur » est une intervention programmée et univoque dans laquelle l'intervenant cherche à dominer la situation afin d'obtenir des résultats observables et mesurables.
3. L'évaluation « sous » implique que l'intervenant laisse beaucoup de latitude et se positionne peu; la personne accompagnée assume alors la direction de l'évaluation.
4. L'évaluation « par » s'inscrit dans la croyance que la personne accompagnée possède tout ce qu'il lui faut pour régler ses problèmes. L'intervenant est en retrait et devient en quelque sorte une présence non agissante.
5. L'évaluation « avec » suppose une contribution importante tant de l'intervenant que de la personne accompagnée. C'est une intervention interactionnelle où l'on croit à l'importance de la contribution des deux acteurs.
6. L'évaluation « contre » est une intervention caractérisée par la contribution minimale de l'intervenant et de la personne accompagnée. Les acteurs agissent mais ont peu d'emprise sur le processus. (Desjardins et Lemay, 2009, p. 224)

Cette classification caractérise six types d'interventions mais ne dit rien de l'activité d'évaluation. Cela démontre selon nous non seulement le lien logique entre intervention et évaluation mais aussi la faible réflexion sur l'évaluation en tant que telle.

Pour autant, cette classification rejoint le dilemme de l'intervention dans la profession de TS, entre l'art et la science :

Comme c'est le cas pour d'autres professions axées sur l'intervention directe auprès des personnes (Lesage, Stip et Gninberg, 2001), le travail social est marqué par une dialectique entre deux conceptions de la pratique : s'agit-il d'un art ou d'une science? (Turcotte, 2009, p. 57)

### **1.3.5. Élargissement des investigations**

Ce constat n'est pas unique au travail social. Vandenplas-Holper (1989) avait souligné les théories implicites des médecins dans leurs consultations. Depuis, les technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (T.I.C.E) proposent des supports pour l'apprentissage du jugement clinique en formation initiale en médecine, en

éducation et en soins infirmiers<sup>7</sup>. Les étudiants en formation initiale mènent une activité clinique soutenue par exemple par un scénario interactif (du type *serious game*). Or, le bilan de cette forme d'apprentissage n'est pas toujours explicite<sup>8</sup>. Si les étudiants se montrent intéressés par l'exercice, la transposition de l'usage dans le monde de la pratique n'est pas garantie, y compris pour le raisonnement clinique.

Tourmen (2008) constate le peu de connaissances sur la pratique d'évaluation et sur les compétences des évaluateurs des politiques publiques. « Il existe une abondante littérature sur l'évaluation qui dit pourtant peu de choses sur l'activité en situation réelle et son apprentissage. Si évaluer est une activité courante, c'est aussi une activité méconnue et difficile à formaliser » (2008, p. 53).

Quelques références se distinguent néanmoins. Dodier (1993) observe l'usage d'une liste de diagnostics en consultation par les médecins du travail. Plus proches de la pratique du travail social, Lavoie et Robitaille (1988) proposent un guide pratique sur le processus d'évaluation, de même que Turcotte (2009) dans le cadre de la protection de la jeunesse :

Les intervenants continuent de s'appuyer bien plus sur leur expérience professionnelle, sur leurs intuitions cliniques et sur les croyances normatives que sur la recherche clinique pour prendre leurs décisions (Tsang, 2000; Addis, 2002; Mullen et Bacon, 2003; Proctor et Rosen, 2008). (Turcotte, 2009, p. 56)

L'expérience est au fondement des décisions cliniques prises par le TS. La recherche sur la pratique des éducateurs en protection jeunesse de Faingold, Debris, Wittorsky, Flye Sainte-Marie et Dupuis (2008) formule certains savoirs professionnels au-delà des

---

<sup>7</sup> Nous ne reprenons ici que le lien vers le colloque sur les T.I.C.E en éducation proposé en 2012 à Montréal. <http://www.cegeptr.qc.ca/wp-content/uploads/2012/04/ColloqueTIC-Programme.pdf>

<sup>8</sup> [http://segamed.eu/WordPress/wp-content/uploads/2015/12/SeGaMed\\_2015\\_submission\\_4-2.pdf](http://segamed.eu/WordPress/wp-content/uploads/2015/12/SeGaMed_2015_submission_4-2.pdf)



intuitions, des croyances normatives. Les résultats renouvellent la typologie traditionnelle des savoir-faire et savoir-être qui nous semble limitative. Les auteurs, en collaboration avec les participants, travailleurs sociaux, proposent un « savoir-regarder » ou un « *savoir-penser* », soit le regard porté sur les personnes et les situations (Faingold *et al.*, 2008). Ces savoirs sont reliés à une mission (la protection de la jeunesse) qui confronte les professionnels à diverses situations génériques dans lesquelles ils doivent effectuer différentes interventions (accompagner le jeune devant le juge, être présent dans les rencontres de médiation avec les parents, etc.). Transposée à l'intervention des TS en gérontologie, notre intention est de fixer l'analyse sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Nous ne pouvons que constater la prégnance de la question de l'évaluation dans le secteur de la protection de la jeunesse, peut-être à rapprocher des publications en lien avec le mandat d'inaptitude (Roy, 2013; Bélanger et Beaulieu, 2006; Couturier, Beaudry, Beaulieu et Philips-Nootens, 2006) ou de l'étude de McDonald (2010), qui explore le calcul du risque effectué et les différentes postures des TS en intervention auprès de personnes atteintes de démence. Les articles qui questionnent l'évaluation effectuée par les TS semblent concerner avant tout les problématiques sociales posant un enjeu de droit de la personne ou des problématiques proches du domaine sanitaire (par exemple, les troubles cognitifs), alors que l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées nous apparaît comme globale et menant éventuellement aux régimes de protection du fait de conditions de santé (pertes cognitives) ou de contextes de vie (situation d'abus ou de maltraitance). Cette évaluation de l'autonomie fonctionnelle s'analyse alors sous

l'angle des dilemmes éthiques (Farrelly, 2010) par les choix de vie qui en découlent et s'apparente plus à une évaluation psychosociale de la personne âgée.

À l'issue de cette revue de littérature, il semblerait que l'acte d'évaluer ne soit pas ou ne soit que très peu questionné dans la perspective des savoirs pratiques des TS. Nous affirmons qu'il serait pertinent d'intégrer dans la formation initiale des TS des contenus spécifiques à la pratique de l'évaluation autrement que par la seule présentation de la valeur clinique d'outils évaluateurs. Par ailleurs, si les écrits témoignent de la diversité des thèmes autour de l'évaluation (performance des outils, dilemmes éthiques, etc.), la pratique d'évaluation et les savoirs qu'elle contient sont très peu documentés, surtout en ce qui concerne la question de l'autonomie fonctionnelle des aînés. Il est paradoxal de constater l'absence ou le peu de références reliant savoir et évaluation tant cette activité nous apparaît centrale dans les professions du social.

#### **1.4. Fondements de l'évaluation en travail social**

L'évaluation est un terme générique partagé par nombre de professions. Plus spécifiquement pour notre domaine d'étude, « l'évaluation, en service social, a toujours été présente et nécessaire au déclenchement du processus d'intervention » (Malo, 1995, p. 51). Elle est présente dans l'intitulé de la majorité des livres décrivant le processus générique d'intervention : « L'évaluation précède le début de l'intervention, tout en étant, elle-même, une intervention, un service » (Boily et Bourque, 2011, p. 52). Ainsi, l'évaluation, à l'instar de l'intervention, est à la fois moment, procédure et processus, et l'intervention débute, s'ajuste et se termine au travers de l'évaluation des effets de l'intervention. Devant cette omniprésence de « l'évaluation », nous référons rapidement

à sa place dans l'histoire de la profession puis aux attentes formulées dans le champ de l'intervention sociale envers les TS.

#### **1.4.1. Évaluer, une pratique historique**

Les ouvrages relatifs au travail social (Zùniga, 1994; Papay, 2009; Bouquet, Jaeger et Sainsaulieu, 2007) ou à des disciplines proches du travail social (Ardoino et Berger, 1989) constatent que « l'évaluation est difficile à cerner, en raison de la pluralité de ses objets [...] et du trop-plein de méthodes » (Jaeger, 2007, p. 11). En effet, le caractère polymorphe et pléthorique souligné par Patton (1986) ou Guba et Lincoln (1989), qui est largement repris par différents auteurs, notamment Zùniga (1994), Contandriopoulos Champagne, Denis et Avargues (2000) et Stufflebeam (2001), ne caractérise pas le travail social.

Les ouvrages consultés sont congruents sur un fait: « *Even though a common vocabulary, definition, and shared conceptual and operational understanding, has been largely elusive [...]* » (Coryn, Noakes, Westine et Schröter, 2011, p. 200). Le recours systématique aux données probantes dans l'appréciation d'une politique, d'un programme ou d'une pratique fait entrer avec force le vocabulaire de l'évaluation dans les champs professionnels, dont celui du travail social :

Depuis le début des années 1990, suivant le mouvement amorcé par la médecine, de nombreuses professions axées sur les services sont incitées à faire la démonstration du fondement scientifique de leurs pratiques. Ce courant, désigné comme l'approche de la pratique fondée sur des données probantes (Evidence-Based Practice (EBP), touche aussi bien la physiothérapie, la psychothérapie, la psychiatrie (Addis, 2002; Trinder et Reynolds, 2000) que le travail social (Gambrill, 1999, 2006; Gibbs et Gambrill, 2002; Rosen, 2003; Gilgun, 2005; Morago, 2006; Roberts et Yeager, 2006; Bloom, 2009). (Turcotte, 2009, p. 56)

L'évaluation permet d'attacher le faire professionnel aux bonnes pratiques telles que formulées par la science. Lorsqu'il s'agit de dire la bonne pratique, l'évaluation se pose en partie en externalité quand elle mesure un écart vis-à-vis d'une norme professionnelle, d'un standard à respecter ou d'un résultat à atteindre, mais elle est rarement questionnée comme interne à la pratique professionnelle en tant qu'activité. Dans le chapitre sur l'évaluation psychosociale de l'ouvrage de Boily et Bourque (2011), l'évaluation comme pratique est fondamentale dans l'intervention sociale :

L'évaluation d'une situation ou d'un problème est préalable à tous les types de services professionnels exigeant une expertise. Cette évaluation, qui débouchera sur un avis et sur une proposition de moyens pour corriger la situation ou le problème pour lequel la consultation est demandée, s'avère une étape essentielle du processus d'intervention. (Boily et Bourque, 2011, p. 51)

Toutefois, cette proposition spécifique à l'intervention sociale doit être renforcée par le sens premier de l'évaluation, qui « consiste en un jugement de valeur » appuyé sur « l'estimation d'un écart entre un projet (un référentiel, des moyens) et des constats (des réalisations) » (Jaeger, 2007, p. 12). En ce sens, « l'évaluation intègre par approximation une dimension qualitative » (Jaeger, 2007, p. 12), elle n'est pas une fin en soi puisqu'elle « contribue à une prise de décision » (Jaeger, 2007, p. 12) découlant d'un processus d'appréciation d'une probabilité. Cette probabilité peut être vue comme l'appréciation d'un risque dont la survenue demeure néanmoins incertaine.

Dans une reformulation libre, nous écrivons que l'évaluation consisterait à l'estimation d'un écart au regard d'une norme, basée sur l'appréciation d'un risque, possible, probable, contenu dans cet écart. Partant de cette probabilité, l'évaluation conduit à prendre des décisions pour réduire ou compenser l'écart estimé. Par cette reformulation, nous entendons que l'évaluation est un processus d'ajustement entre ce qui est vu et ce

qui est fait ou devrait être fait, ce qui explique qu'elle prend place à la fois avant et après l'intervention tout en étant elle-même une intervention sociale. Nous retiendrons avec Boily et Bourque (2011) que cette évaluation exige une expertise, qu'elle est préalable à toute intervention et qu'elle débouche sur un avis et sur une proposition de moyens.

La note de bas de page attire aussi notre attention sur la formation à l'évaluation comme processus *habituellement* enseigné :

Le public ainsi que les organismes qui encadrent la pratique professionnelle auront habituellement les attentes suivantes : que la personne qui réalise cette évaluation ait les compétences pour le faire; que ce processus d'évaluation et le rapport qui s'ensuit soient réalisés avec rigueur, clarté et selon les normes; qu'ils soient relativement standard d'un professionnel à l'autre d'une même discipline [...] d'ailleurs, ce processus [d'évaluation] est habituellement enseigné et ensuite encadré par des organismes d'états et des associations professionnelles. (Boily et Bourque, 2011, p. 51-52)

Le processus auquel il est fait référence est décrit comme suit :

L'évaluation est en quelque sorte une photographie prise sous un angle particulier et à un moment précis dont le résultat guidera l'intervention [...]. À cette fin, le travailleur social observe, recueille, analyse et reformule les informations concernant la personne selon la perspective propre à sa discipline professionnelle. (Boily et Bourque, 2011, p. 54)

Nous venons de le voir, « le travailleur social observe, recueille, analyse et reformule les informations concernant la personne » et l'évaluation est une pratique confiée aux TS selon les mandats qui légitiment leurs interventions auprès des personnes, des familles et des groupes (Du Ranquet, 1983; Vaillancourt, 1993; Groulx, 1996; Mayer, 2002; Zélizer, 2005). Ces mandats procurent aux TS une légitimité à intervenir au nom de valeurs collectives et dans le cadre d'une institution dont les missions visent à opérationnaliser les valeurs collectives (Couturier, 2006) et peuvent difficilement être séparés des politiques sociales historiquement et culturellement situées. Les TS ont

intériorisé, par leur formation et par les fonctions et missions qui les relient à leur emploi, ces contextes historiques, culturels, moraux et politiques.

Évaluer est une pratique historique du travail social (Vaillancourt, 1993; Groulx, 1996; Mayer, 2002; Bouquet, Jaeger et Sainsaulieu, 2007). L'enquête sociale, aujourd'hui presque réservée à la maltraitance à l'encontre d'un enfant, incarne la forme historique de l'évaluation en travail social. Le terme est tombé en désuétude dans le champ du travail social au bénéfice de celui d'évaluation comme pratique instituée de la profession auprès des individus. Du Ranquet (1983) identifie ses origines dans le *case work*, modèle structurant de l'intervention professionnalisée des TS. L'enquête sociale entendait mesurer l'adéquation d'un individu, d'une famille ou d'un groupe à une question (d'éducation, de moralité, etc.) et en tirer les conclusions pour une action éventuellement de contrôle social. Ces rôles, finalisés à l'ajustement du comportement des individus à la norme socialement souhaitée, sont alors contestés, ne citons à ce propos que *Prime éducation et morale de classe* (Boltanski, 1969) ou *La police des familles* (Donzelot, 1977). Au titre de l'intervention, *La valeur morale de l'argent* (Zélizer, 2005) analyse la légitimation d'évaluer à domicile pour estimer le « bon usage » des aides sociales. Zélizer observe comment la transformation d'une aide en nature (par exemple, le panier repas) en allocation financière donne toute légitimité aux TS d'aller dans les familles pour valider la conformité et la moralité de l'usage. Par l'intermédiaire du rapport à l'argent, c'est le fonctionnement social de l'individu ou de la famille qui est évalué. Il s'agit de quantifier un besoin substantiel, de mesurer le bien-fondé de l'usage de l'argent par l'écart perçu entre la norme et la pratique de la famille et de dire le degré d'acceptabilité de cet écart vis-à-vis la norme. L'évaluation en

intervention sociale s'entend comme quantification d'un besoin substantiel et validation de l'adéquation de l'usage au regard des normes sociales.

L'intervention sociale s'inscrit dans ces mandats et l'évaluation qui lui est attachée constitue depuis la création de la discipline une pratique professionnelle historique en travail social. Dès les origines de la profession, les professionnels évaluent les conditions de vie, les positions morales, l'adéquation des comportements des individus aux normes, etc. La pratique évaluative constitue donc un analyseur du mandat fondateur de cette profession.

#### **1.4.2. L'évaluation, fonctions attendue des travailleurs sociaux**

L'évaluation est omniprésente par les activités confiées, et parfois réservées, au groupe professionnel<sup>9</sup> des TS. Nous reproduisons textuellement la liste des actes réservés (le plus souvent en partage avec d'autres professionnels) aux travailleurs sociaux selon la *Loi 21* :

« a) *évaluer* une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité,

b) *évaluer* une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse,

c) *évaluer* un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents,

---

<sup>9</sup> Ici, le sens de profession est un puissant déterminant pour l'analyse de cette activité évaluatrice. L'usage de ce terme en sociologie peut désigner de façon restreinte certains groupes détenteurs de caractéristiques distinctives productrices de prestige. Cette « vision fonctionnaliste » (Champy, 2009, p. 4) impose des frontières séparant les professions des métiers : « les groupes sociaux régulent les comportements de leurs membres de façon suffisamment efficace pour que leurs actions concourent au maintien du système social auquel ils appartiennent » (Champy, 2009, p. 17). Pour sa part, sous l'onglet profession, le dictionnaire de sociologie (Ferréol, Cauche, Duprez, Gadrey et Simon, 1991) indique que « en dehors d'une définition précise, elles [les professions] se caractérisent essentiellement par une formation spécialisée prolongée, un exercice de la responsabilité grâce aux compétences acquises et des formes d'associations visant à maintenir les normes techniques et éthiques » (Ferréol *et al.*, 1991, p. 205).

- d) *évaluer* une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès,
- e) *évaluer* une personne qui veut adopter un enfant,
- f) *procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandat EXCLUSIF AUX TS***<sup>10</sup>,
- g) déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation,
- h) *évaluer* un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins,
- i) décider de l'utilisation des mesures de contention (et d'isolement, article j) dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris » (Leblond, ACFAS 2010, p. 14 et 15).

Dans la liste des actes réservés aux TS, six actes sont formulés avec le verbe « *évaluer* » et un acte emploie la locution verbale « *procéder à l'évaluation.* » De plus, l'acte professionnel exclusif des TS porte sur l'évaluation psychosociale « en prévision de l'inaptitude d'un mandant. »

Les dénominations et définitions proposées dans l'ouvrage de Van de Sande, Beauvolsk et Renault (2011) démontrent la transversalité de la fonction évaluative dans ce que fait, en tout ou en partie, un TS en exercice au Québec :

- a) rencontrer les clients individuellement, en famille ou en groupe pour évaluer leur situation et leurs problèmes et déterminer la nature des services dont ils ont besoin;
- b) conseiller les clients et leur offrir de la thérapie pour les aider à acquérir les aptitudes nécessaires pour régler leurs problèmes sociaux et personnels;

---

<sup>10</sup> Le texte original dans sa forme : « exclusif aux TS » est en majuscule, en gras et en couleur. L'ensemble du texte du point f) est en gras.



- c) fournir des services de médiation et d'évaluation psychosociale;
- d) enquêter sur les cas de mauvais traitements ou de négligence envers les enfants et prendre les mesures de protection permises qui s'imposent, au besoin.

Nous pouvons lire que la rencontre (a) et le conseil (b) sont finalisés à l'évaluation ou à la résolution de problèmes et que les fonctions (a), (c) et (d) sont directement inscrits dans le champ de l'évaluation. En fait, toutes ces fonctions comportent directement une dimension évaluatrice. De plus, la compétence première des TS, selon le référentiel de compétences de l'OTSTCFQ, consiste précisément à mener une évaluation, c'est-à-dire à « émettre des hypothèses cliniques, formuler une opinion professionnelle et dégager des recommandations qui servent de base pour l'action » (OTSTCFQ, 2012a, p. ix).

L'évaluation est dite compétence première des TS (De Robertis, 2007; Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2011), du microsocial puisque tendue vers l'utilisateur au macrosocial parce que découlant de programmes et de politiques sociales. L'évaluation aurait un objet disciplinaire, à savoir le fonctionnement social.

L'évaluation du fonctionnement social consiste en une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne dans une perspective d'interaction dynamique entre elle et son environnement. Elle intègre également une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent la situation de la personne et les problèmes qu'elle rencontre en accordant une attention particulière aux questions de préjudice, de stigmatisation, de discrimination, d'exclusion et d'oppression ainsi qu'aux inégalités sociales et économiques (Thornicroft, 2006). Elle conduit à porter un jugement professionnel éclairé et crédible sur la nature des rapports entre les personnes et leurs contextes de vie ainsi que sur leurs conséquences en termes d'obstacles, de limites, de défis pour la personne, mais aussi d'opportunités en lien avec ses besoins, ses aspirations, l'exercice de ses rôles sociaux et de ses droits (OTSTCFQ, 2012a; 2012b). Dans cet esprit, le fonctionnement social est documenté, analysé et jugé sous l'angle des rapports entre la personne et son environnement dans une visée de bien-être, de participation sociale et de développement social plutôt que du fonctionnement

social adéquat attendu de la personne selon les normativités sociales. (OTSTCFQ, 2013, p. 15-16)

L'évaluation est donc une pratique transversale à toute intervention sociale, observable tant dans l'organisation du travail que dans les compétences des TS. Toutefois, malgré son caractère omniprésent, l'activité évaluatrice reste discrète, notamment en raison du rapport qu'entretient cette discipline avec le support le plus concret de l'évaluation, soit les outils d'évaluation. Nous pensons, à la suite de Nélisse réfléchissant sur la notion d'intervention, que l'évaluation

[...] est une notion « de fond », un terme de base qui sert à en définir d'autres, sans être lui-même défini. Il est, dans les univers professionnels, un indéterminé. Mieux, un *impensé* : il fait penser, il "donne à penser", mais il n'est jamais lui-même l'objet de notre pensée (1993, p. 168).

Qu'il s'agisse d'évaluer le fonctionnement social ou la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, la question de l'effectivité de l'évaluation reste entière : « il existe une abondante littérature sur l'évaluation qui dit pourtant peu de choses sur l'activité en situation réelle et son apprentissage » (Tourmen, 2008, p. 53).

L'évaluation est explicitement relative au contexte, à la situation, idée que nous conceptualiserons dans le chapitre consacré aux cadres théorique et conceptuel.

L'évaluation du fonctionnement social consiste en une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne dans une perspective d'interaction dynamique entre elle et son environnement [...]. Elle conduit à porter un jugement professionnel éclairé et crédible sur la nature des rapports entre les personnes et leurs contextes de vie ainsi que sur leurs conséquences en termes d'obstacles, de limites, de défis pour la personne, mais aussi d'opportunités [...]. (OTSTCFQ, 2013, p. 15-16)

Cependant, nous pouvons souligner que l'exercice évaluatif du professionnel en situation en travail social s'exprime avant tout par son jugement professionnel, qu'il doit

produire de façon éclairée, comme le souligne la citation de l'OTSTCFQ. Nombre de recherches vont dans ce sens (Arens, 2006; Figari et Tourmen, 2006; Hurteau, Lachapelle et Houle, 2006). Le plus souvent, le jugement professionnel est étudié en termes d'organisation du travail plutôt que d'analyse du travail (Richard, 2013) et, pour rester dans la situation professionnelle, là où se déroule l'activité du TS, nous utilisons la locution raisonnement clinique (Psiuk, 2012). Ces arguments sont précisés dans la section 2.3 relative aux cadres théorique et conceptuel.

#### **1.4.3. Évaluer, une pratique professionnelle**

Afin de poursuivre notre argumentaire, nous reprenons avec Champy les six critères qui, selon Flexner (1915), font « qu'un métier est une profession, de manière à pouvoir dire si le travail social est une profession ou non » (Champy, 2009, p. 18) :

- 1) les professions mettent en œuvre pour l'essentiel des opérations intellectuelles qui impliquent une importante responsabilité individuelle;
  - 2) elles retirent leur matériau de travail de la science et de l'apprentissage;
  - 3) ce matériau est travaillé en vue d'une fin pratique bien définie;
  - 4) elles détiennent une technique pouvant être transmise par l'éducation;
  - 5) elles tendent à s'auto-organiser;
  - 6) leurs motivations deviennent de plus en plus altruistes au cours du temps.
- (Flexner, 1915, p. 156)

Ces six composantes sont présentes dans l'acception actuelle de la profession de TS au Québec. Nous développons les points un à un.

- 1) La production des professionnels du TS n'est que très rarement visible sur le plan matériel (de Montmollin, 1986). Le travail est par conséquent relativement immatériel et intellectuel, comme en témoigne le référentiel de compétences. Pour évoquer certaines compétences, les verbes déclinés sont entre autres « prendre conscience », « interpréter », « émettre un jugement » ou « maintenir une relation », si ce n'est « être capable de planifier une intervention » (OTSTCFQ, 2012b, p. 19).

Ces activités sont des opérations intellectuelles qui engagent la personne, ne serait-ce que par la signature apposée sur les documents d'évaluation.

- 2) et 3) Le poids des données probantes dans l'orientation des pratiques actuelles (OTSTCFQ, 2012b, p. 17<sup>11</sup>) émane de la science et de l'expérience de formation ou de terrain qui, idéalement, s'alimentent mutuellement. Si, voilà un peu plus de dix ans, le débat des données probantes émergeaient dans les écrits scientifiques francophones en travail social (Couturier et Carrier, 2003), nous constatons l'intensification des publications de guides de bonnes pratiques<sup>12</sup>. Cela suppose d'« être capable de tenir à jour et d'optimiser sa pratique en s'informant sur les analyses, recherches, nouvelles pratiques, politiques, lois et règlements qui encadrent la profession dans son champ de pratique » (OTSTCFQ, 2012b, p. 20<sup>13</sup>).
- 4) Le titre de TS est règlementé par le code des professions (article 36d) (OTSTCFQ, 2012), il est accessible par une formation universitaire spécifique.

---

<sup>11</sup> OTSTCFQ, 2012b, p. 27. Composante 1.2.2.

<sup>12</sup> Le centre de documentation du site de l'OTSTCFQ (consulté le 12 novembre 2015) met en ligne nombre de documents entre 2006 et 2015. Expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès (lignes directrices) – 2006. Guide de délibération éthique – 2007. Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en milieu communautaire – 2008. Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en protection de la jeunesse – 2009. Guide sur la supervision professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux – 2009. Évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'inaptitude et des autres mesures de protection au majeur (guide de pratique) – 2011. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins (lignes directrices) – 2011. Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic par une évaluation effectuée par un professionnel habilité (lignes directrices) – 2011. Évaluer une personne qui veut adopter un enfant - adoption internationale (guide de pratique) – 2011. Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse (lignes directrices) – 2012. Guide pour la pratique autonome des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux – 2015.

<sup>13</sup> OTSTCFQ, 2012b, p. 20. Composante: 4.2.2.

5) L'ordre professionnel délimite entre autres les référentiels de compétences, octroie les permis d'exercer, organise la formation continue et le conseil de discipline de ses membres (OTSTCFQ, 2012b).

6) Enfin, les finalités, valeurs et principes du TS soutiennent la promotion de la justice sociale et visent à favoriser le développement social des individus et des groupes.

Nous retiendrons la définition de la profession, approuvée par l'assemblée générale de la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) en 2001 et l'Assemblée générale de l'Association internationale des écoles de travail social (AIETS) en 2014, qui reprend les principales composantes de la délimitation d'une profession selon Flexner (1915), suivant laquelle :

Le travail social est une profession fondée sur la pratique et une discipline académique qui favorise le changement social et le développement, la cohésion sociale, l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, les droits humains, la responsabilité collective et le respect des diversités sont au cœur de l'action sociale. Soutenu par les théories de travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et les connaissances autochtones, le travail social engage des gens et des structures pour relever les défis de la vie et améliorer le bien-être.<sup>14</sup>

Cette nouvelle définition, par rapport à la définition précédente de la FITS (2001) à laquelle se réfère l'OTSTCFQ (2012b, p. 7), exprime un changement sémantique très clair. En effet, celle-ci débutait par « cherche à promouvoir le changement social, la résolution de problème [...] ». La disparition de la résolution de problème au bénéfice de la promotion et de l'encouragement renforce, à notre sens, le caractère immatériel du

---

<sup>14</sup> ©2015. *International Federation of Social Workers*. La traduction est proposée par le site de la fédération (consulté le 12 novembre 2015).

travail social. Il en va de même avec l'émergence du concept d'autonomisation, dont on retrouve la présentation processuelle dans la dernière phrase : « le travail social engage des gens et des structures pour relever les défis de la vie et améliorer le bien-être ».

De notre point de vue, ces diverses nuances renforcent l'immatérialité de l'acte professionnel (engager le changement au lieu de résoudre les problèmes) tout en renforçant la composante évaluation dans l'agir professionnel. En effet, on peut difficilement prôner le changement social ou l'amélioration du bien-être, comme le propose la nouvelle définition du travail social, sans supposer mesurer et évaluer lesdits changements ou améliorations. Enfin, nous soulignons la référence faite aux personnes, sans distinction d'individus, de groupes ou de communautés, ce qui pourrait constituer une autre évolution que nous évoquerons plus tard.

La dimension clinique de l'évaluation en intervention sociale personnelle est proposée comme « en quelque sorte une photographie prise sous un angle particulier à un moment précis dont le résultat guidera l'intervention » (Boily et Bourque, 2011, p. 54). Au Québec, la *Loi 21* fait de l'évaluation du fonctionnement social une activité réservée :

Adopté en juin 2009, [le projet de loi 21] donne un sens particulier à la notion de fonctionnement social comme objet du processus d'évaluation du travailleur social. Il est même considéré comme son champ d'exercice, lequel se définit ainsi : [...] évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement (Projet de loi n° 21, 2009, p. 9). (Boily et Bourque, 2011, p. 55)

Les interventions des TS s'articulent donc autour de l'activité d'évaluation. Si l'objet « fonctionnement social » est clairement délimité dans le champ professionnel, l'objet « autonomie fonctionnelle » n'y trouve pas sa place et apparaît délimité par et de

l'extérieur du champ professionnel. Nous renvoyons le lecteur, pour approfondir cette partie spécifique, à deux documents de l'OTSTCFQ, soit le *Cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social* (OTSTCFQ, 2011) et au *Référentiel de compétences des travailleurs sociaux* (OTSTCFQ, 2012b).

En préambule, le cadre de référence notifie un changement d'appellation : « ainsi, l'évaluation psychosociale, à laquelle réfèrent traditionnellement les travailleurs sociaux, devient l'évaluation du fonctionnement social » (OTSTCFQ, 2011, p. 5). Une note en bas de page spécifie le maintien de l'usage de l'expression évaluation psychosociale pour trois procédures (adoption, régime de protection, mandat en vue de l'ouverture d'un régime de protection). Ces appellations étant inscrites dans le *Code civil*, une nouvelle désignation aurait nécessité une modification de celui-ci. L'évaluation du fonctionnement social est présentée comme une « activité incontournable dans la pratique professionnelle du TS » (OTSTCFQ, 2011, p. 7). Elle est, dans la même page, définie dans ses finalités, soit « émettre des hypothèses cliniques, formuler une opinion professionnelle et dégager des recommandations qui servent de base pour l'action » (OTSTCFQ, 2011, p. 7). Outre les caractéristiques de la personne et de son environnement, la spécificité de l'activité du TS est précisée par son aptitude à évaluer l'environnement sociétal, à savoir les « valeurs, normes, cultures ainsi que les politiques sociales et économiques, dont les mesures de protection sociale de la société et de la communauté d'appartenance de la personne » (OTSTCFQ, 2011, p. 9). Elle se déroule suivant des « principes de respect des droits de la personne, de l'autonomie et de l'autodétermination » (OTSTCFQ, 2011, p. 9).

Le cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social formule clairement les étapes de l'évaluation suivant un fonctionnement linéaire des tâches, soit collecter les informations, émettre des hypothèses et formuler une opinion professionnelle, tout en précisant le caractère situé de l'évaluation puisqu'en interaction avec son environnement.

Le référentiel de compétences quant à lui précise les « dix activités réservées et partagées avec d'autres professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines » (OTSTCFQ, 2012b, p. 9), que ce soit dans le cadre de la protection de la jeunesse<sup>15</sup>, dans celui de la protection de personnes vulnérables<sup>16</sup> ou dans celui des services à l'enfance<sup>17</sup>. Nous avons noté dans ce même document une seule référence à la population âgée (OTSTCFQ, 2012b, p. 22). Or, nous avons constaté que la pratique effective des TS dans le réseau de la santé et des services sociaux auprès de la population âgée est une activité en expansion pour ce groupe professionnel. Le silence

---

<sup>15</sup> Évaluer une personne dans le cadre d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou du tribunal en application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1);  
Évaluer un adolescent dans le cadre d'une décision du tribunal en application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1);

<sup>16</sup> Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;  
Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant (activité exclusive aux travailleurs sociaux) ;  
Déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;  
Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);  
Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

<sup>17</sup> Évaluer une personne en matière de garde d'enfants et de droits d'accès;

Évaluer une personne qui veut adopter un enfant;

Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.



quasi complet de l'OTSTCFQ à propos de la population âgée prolonge le faible nombre de références au vieillissement et à la gérontologie dans les formations initiales en TS que nous avons démontré plus haut. Pour autant, l'activité exclusive des TS consiste aussi à « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant » (OTSTCFQ, 2012b, p. 9). Du fait du vieillissement de la population et de l'accroissement des cas de pertes cognitives dans le grand âge, nous pouvons aisément supposer que cette pratique réservée soit en augmentation, ce que confirme le Curateur public du Québec :

Depuis 10 ans, on observe une augmentation d'environ 80 % des mandats homologués, l'âge moyen du mandant lors de l'homologation est d'environ 80 ans (Étude 2010). Les mandataires sont les enfants du mandant dans près de 60 % des cas et le conjoint dans près de 20 % des cas. (Curateur public du Québec, 2015)

La cadre de référence pour l'évaluation du fonctionnement social affirme à plusieurs reprises (pp. 7, 10, 12, 13, 14, 19 et 21) que le TS s'appuie sur « des savoirs issus de la pratique, des connaissances scientifiques et des assises théoriques pour réaliser son évaluation » (OTSTCFQ, 2011), et ce, dans un document de 26 pages. La revendication répétée des fondements liés aux savoirs affirme la légitimité de la profession ainsi que l'expertise de ses membres pour mener des activités réservées dans la pratique.

Le contexte de vieillissement de la population comporte un double impact sur la pratique des TS qui doivent conduire une évaluation du fonctionnement social et une évaluation de l'autonomie fonctionnelle pouvant mener à une évaluation dans le cadre d'une homologation du mandat en cas d'incapacité. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle ouvre sur l'évaluation du fonctionnement social et parfois sur l'homologation du mandat

en cas d'inaptitude comme si le processus d'évaluation pouvait, selon la situation, conduire à changer d'objet.

Ainsi, nous venons de le voir dans ces dernières pages, l'évaluation est une pratique effective de l'intervention des TS. L'évaluation du fonctionnement social est une activité clairement revendiquée et réservée aux professionnels en travail social, incluant les intervenants sociaux ayant une expérience qui valide leur compétence dans les dispositions de la *Loi 21*. L'OTSTCFQ propose un cadre de référence pour orienter la pratique de ses membres où il est fait peu de cas de l'activité qui consiste à évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Pour autant, dans l'exercice de la profession, les TS sont habilités à évaluer des objets connexes qui découlent de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, ne nommons que l'évaluation dans le cadre de l'homologation du mandat d'inaptitude.

Le TS est présenté comme détenteur d'une expertise de l'acte d'évaluation. Cette affirmation est confirmée par la pratique, notamment en SAD. Par exemple, après un temps d'hospitalisation, le retour à domicile ou la mise en œuvre du plan de services individualisé (PSI) sont envisagés à partir de l'évaluation qui a été menée. Dans ce contexte, les attentes pour la gestion de l'accès aux ressources est toute aussi explicite :

[...] le processus relatif à l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) a été revu afin d'accroître la qualité de l'évaluation et de s'assurer que seulement la clientèle en lourde perte d'autonomie [présentant des profils de 10 à 14] soit orientée vers les CHSLD. C'est pourquoi la procédure d'accès aux ressources d'hébergement, les critères d'admissibilité et le rôle des travailleurs sociaux des réseaux ont également été révisés afin que tous aient une OEMC complétée adéquatement et que chaque profil soit déterminé avant que l'on puisse les admettre dans nos centres. (Vérificateur général du Québec, 2012, p. 40)

Le choix de s'intéresser à l'acte d'évaluer met au second plan la dimension strictement psychosociale de la pratique du TS et focalise sur le processus de l'évaluation, comme moment plus large et plus long.

Que l'objet soit le fonctionnement social ou l'autonomie fonctionnelle, l'évaluation a un début, un déroulement et une fin. Nous reprendrons, substituant à l'expertise médicale l'expertise en TS, le déroulement d'une visite sociale, qui présente une forte proximité avec le travail de l'expert médical de Dodier (1993). Au début, soit à l'ouverture du dossier, il n'existe pas *à priori* d'antériorité à cette demande d'évaluation dans la relation entre la personne et le TS. Le TS doit collecter des informations pour construire son avis :

En posant les questions au salarié [à l'utilisateur], en écoutant ses récits, ses doléances, en investiguant les corps, le médecin [le TS] ouvre des registres d'exploration. Il apprend quelque chose, il découvre des faits. Le médecin [le TS] met en œuvre une stratégie d'interprétation. Travaillant à l'intérieur de ce cadre, il devient attentif à des réalités qu'il n'avait pas vues avant. (Dodier, 1993, p. 29)

Nous convenons avec Dodier que l'exploration de la perte d'autonomie fonctionnelle oriente le déroulement de l'intervention sous un jour nouveau. En cela, l'intervention en gérontologie est délimitée à l'intérieur du concept « d'autonomie fonctionnelle », bien que de multiples éléments puissent venir jouer dans le contexte singulier.

En situation, l'évaluation suit un déroulement qui peut prendre la forme d'une procédure :

La liste joue un rôle majeur dans l'organisation des visites de médecine du travail [du TS]. Qu'il explore le corps du salarié [de la personne âgée] ou ses conditions de travail [conditions liées à la perte d'autonomie fonctionnelle], le médecin [le TS] se déplace le long d'une liste d'items [de l'OEMC]. (Dodier, 1993, p. 70)

Mais, dans cette liste, Dodier propose judicieusement qu'« il suffit de savoir », d'avoir un indice au sujet de la personne pour mobiliser plus fortement certains questionnements qu'autorise la liste.

Le déplacement le long d'une liste standard définit le statut de la personne dans cette partie de la visite : le salarié est considéré comme un membre quelconque d'une population. Il suffit de savoir qu'il est un « salarié » pour enclencher la batterie des items de l'examen général (tension, poids, appareil auditif, appareil urinaire...). Il suffit de savoir par exemple, dans certains services, qu'il est un « salarié, homme de 40 ans » pour lui faire passer un électrocardiogramme, ou qu'il est « pontonnier » pour lui faire passer des examens psychotechniques. C'est son appartenance à une population ciblée, définie par des critères à priori, des facteurs de risque (critères, d'âges, de sexe, critères de santé publique, critères professionnels) qui décide alors des items des listes complémentaires. (Dodier, 1993, p. 71-72)

Nous envisageons la même orientation donnée à l'évaluation de la personne âgée, où « il suffit de savoir », pour paraphraser Dodier, qu'elle est considérée comme en perte d'autonomie pour enclencher la batterie des items de l'examen général. S'entend alors le rôle de l'évaluateur dans l'acte d'évaluer, quand bien même l'évaluation soit soutenue par une liste d'exploration standardisée :

Le cadre d'investigation n'est plus d'enrichir une connaissance, mais un outil de sélection de ce qui importe. Il n'est plus l'ouverture d'un registre d'exploration des nouvelles facettes de l'individu mais une délimitation des repères dignes d'intérêts. (Dodier, 1993, p. 29)

Cette remarque ouvre au jugement clinique dans la mesure où ce qui est vu doit être reconnu pertinent par le sujet évaluateur au regard de la liste. Cadrage et jugement sont donc au cœur de toute activité d'évaluation, même la plus standardisée. De plus, l'évaluation a une fin, ce qui n'est pas toujours évident dans les autres moments de l'intervention. Reprenant le parallèle avec le médecin du travail :

La visite médicale [pour nous, visite pour une évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle] doit s'arrêter. Le médecin [le TS] doit rendre des décisions, il doit comme expert répondre à des questions : « dites-nous si ce salarié [cette personne âgée] est apte [autonome], « faites-nous la liste des risques auxquels il [cette personne âgée] est exposé [exposée]. » (Dodier 1993, p. 29)

En effet, le TS va devoir rendre le résultat de son évaluation, avis construit à partir des multiples dimensions et items mobilisés pour l'exploration de l'autonomie fonctionnelle. Nous constatons que la compétence qui consiste à collecter des informations est tacite mais fondamentale. Nous pouvons nous demander avec Dodier (1993, p. 73) : « Qu'est-ce qui guide le médecin [pour nous, le TS] vers ces jugements concernant les risques ? »

### **1.5. Fondement de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle**

Comme il a été écrit précédemment, les politiques sociales réagissent au contexte démographique. L'enjeu de l'autonomie fonctionnelle devient très important, suscitant le recours à des services de plus en plus complexes et la dispensation des services à domicile. Le choix politique du vieillir chez soi multiplie les dimensions à considérer pour les personnes âgées (physique, cognitive, familiale, conditions et habitudes de vies, etc.). Dans un autre niveau, ce même choix pose l'enjeu et la complexité de l'évaluation des besoins, évaluation à partir de laquelle les services seront octroyés et planifiés, dont les effets seront eux-mêmes évalués à l'aune des résultats cliniques escomptés. Le profil démographique prédit un accroissement de la demande en services de santé et en services sociaux et confirme la pertinence pour la formation des TS d'investir dans le domaine de la gérontologie et celui de la compétence évaluatrice.

Le Livre blanc sur l'assurance autonomie (MSSS, 2013) rappelle la chronologie des politiques publiques en faveur des personnes âgées et affirme la place « centrale en intervention gérontologique » de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (MSSS,

2013, p. 22). Celle-ci a pour objectif de « déterminer et planifier les services à recevoir » (MSSS, 2013, p. 23) dans des finalités d'équité pour « assurer une répartition équitable des ressources sur la base des besoins définis » (MSSS, 2013, p. 23). Pour la personne, l'«évaluation rigoureuse de ses besoins constitue le point de départ de l'accès à la gamme de services de longue durée » (MSSS, 2013, p. 23). Pour ce faire, l'évaluation « exige l'utilisation d'un outil standardisé de façon à permettre une mesure explicite des besoins d'une personne et la planification des services dont elle a besoin » (MSSS, 2013, p. 23). Elle « repose sur des outils déjà largement utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux » (MSSS, 2013, p. 23). L'évaluation est explicitement présentée comme une pratique mettant en œuvre un outil standardisé partagé au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Au Québec, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) est la ressource spécialisée pour la formation à l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) dans les milieux de pratique comme les centres de santé et de services sociaux (CSSS); nous reviendrons plus loin sur ce point. Toujours est-il que l'inachèvement du projet de loi sur l'assurance autonomie repousse le débat public qui semblait nécessaire. Et, malgré le changement de gouvernance, l'implantation des outils associés à ce projet (RSIPA, PSIAS, SMAF social) n'est pas explicitement bloquée ou abandonnée par le gouvernement arrivé au pouvoir en 2013 au Québec. Nous retenons donc la place centrale et argumentée de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans la conception même des politiques publiques relatives à l'organisation des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

L'évaluation, fondement opérationnel de ces politiques publiques, découle d'une évolution sociopolitique importante au Québec.

La prise en charge de la dépendance bouleverse les frontières traditionnelles entre les différents secteurs de protection sociale dont celles existant entre les services sociaux et la santé et celles entre les politiques familiales et de la vieillesse ainsi que les politiques du travail et du logement. (Demers, 2006, p. 15)

Nous retiendrons ici deux moments qui modifient les politiques sociales sanitaires envers les personnes âgées au Québec : le mouvement de désinstitutionalisation des années 1960 et la création des CSSS au début des années 2000. Ces deux mouvements sont en réponse aux changements sociodémographiques et traduisent une nouvelle façon de considérer la perte d'autonomie.

### **1.5.1. Désinstitutionalisation**

L'enfermement, comme le démontre Geremek (1987), a été un mode courant de gestion des populations de la vieille Europe, et au Québec, le phénomène plonge profondément ses racines dans l'histoire :

Le premier « hospice pour vieillards », l'Hôpital général de Québec, a été fondé en 1692 et celui de Montréal, en 1694. Ils seront les deux seuls établissements de la sorte jusqu'au début du XIXe siècle. Il y aura une forte expansion des institutions pour « vieillards » entre 1840 et 1921, c'est-à-dire qu'il en apparaîtra une quarantaine. On en dénombrait 65 en 1954. Après la Première Guerre [mondiale], on assiste à une catégorisation des établissements pour personnes âgées : les foyers pour couples, les hôpitaux pour malades chroniques et ceux pour les personnes aliénées. (Pilon, 1990, p. 14)

Ces institutions voient leur légitimité bouleversée par la désinstitutionalisation (Mayer, 2002), connue sous l'expression « virage ambulatoire ». Deux orientations majeures découlent du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) (MSSS, 1988) : soigner hors les murs, l'institution étant

alors jugée délétère, et combler l'aide requise par une mobilisation de la communauté, au premier chef la famille. Quand la personne ne peut plus subvenir à ses besoins, les programmes sociaux cherchent à articuler solidarités familiales et solidarités sociales par un soutien aux personnes dans la communauté. La légitimation de l'intervention des TS s'inscrit donc, au niveau macrosocial, dans la mise en œuvre de ces nouvelles politiques et programmes publics articulés à des situations cliniques particulières.

L'hôpital voit alors sa mission première concentrée sur le traitement de l'urgence et le soin de la maladie aiguë. Toutefois, nombre de personnes âgées occupent les ressources hospitalières injustifiées ou inadéquates à leur condition. Deux types d'arguments se croisent alors : celui des effets délétères sur la santé et le bien-être de ces « hospitalisés injustifiés » et celui des effets tout aussi néfastes sur le système de santé et de services sociaux puisque la ressource lourde et coûteuse qu'est l'hôpital est mal employée. Dans le contexte du vieillissement et des maladies chroniques du grand âge, le principal défi de l'organisation des services consiste à réorienter une partie des ressources hospitalières vers les ressources du soutien à domicile. Cet ajustement s'incarne par exemple sous forme de protocoles d'organisation du retour à domicile des personnes âgées fragiles en post-hospitalisation<sup>18</sup> et des différents hébergements intermédiaires qui visent à conserver le caractère spécialisé de l'hôpital.

---

<sup>18</sup> Dans le cadre d'un plan de services intégrés pour les personnes âgées, le programme d'hébergement pour évaluation (PHPE, anciennement appelé Programme 68) fut mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le PHPE fut créé afin d'évaluer les besoins en services pour les personnes âgées qui doivent quitter les unités de soins de longue durée des hôpitaux. De l'hôpital à son lieu d'hébergement permanent, la personne passe tout d'abord par un lit d'évaluation pendant quelques semaines puis par un lit de transition, le temps qu'une place se libère à l'endroit où elle doit s'installer de façon permanente. <https://www.aptsq.com/fr/enjeux-professionnels-readaptation.aspx>



Le contexte clinico-organisationnel est donc sous tension (Favreau, 2000) puisqu'on lui demande de s'adapter rapidement aux évolutions sociodémographiques et conceptuelles en cours. Le lieu de résidence et de vie privilégié pour la personne âgée n'est donc plus l'institution hospitalière ou de soins de longue durée, mais plutôt une résidence dans la communauté. Ceci implique pour l'intervenant un changement de situation de l'exercice de la profession puisque son intervention devra se dérouler dans un milieu très ouvert, le plus souvent en dehors des murs de l'hôpital :

*For a long time the role of the social worker with an aging client was seen as an institutional one, assisting entry into residential settings or managing the client, their family, and their experience once placed in such settings. (McCallion et Ferretti, 2010, p. 66)*

La désinstitutionnalisation nous conduit vers le second point fort du fondement de l'évaluation, soit la création des CSSS.

### **1.5.2. Création des centres de santé et de services sociaux**

La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services de santé et sociaux (RLS) en 2003 cherche à modifier la logique institutionnelle fragmentée en hôpitaux, CLSC et CHSLD pour constituer localement le CSSS, une nouvelle entité regroupant ces trois missions publiques. La fusion des établissements publics cible un continuum de services et incite à faire réseau avec les partenaires du secteur non lucratif (communautaire) et un secteur privé (entreprises de services) dans un territoire géographique déterminé. Le CSSS assume la responsabilité populationnelle en lien avec la communauté avec l'aide des établissements et services non publics sur son territoire. Ce mouvement de prise en charge par et dans la communauté renforce l'affirmation de *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003).

Le réseau de services est désormais responsable de l'état de santé de la population desservie selon une approche dite par programme. Ainsi, les programmes pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) (MSSS, 2005) et depuis février 2013 les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (MSSS, 2013) structurent la réponse en fonction de la problématique connue (par exemple, la perte d'autonomie) et pas seulement sur la seule catégorie d'âge.

Le MSSS impose en 2003 l'usage d'un outil d'évaluation unique sur l'ensemble du territoire, soit l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui deviendra progressivement informatisé<sup>19</sup>. La pratique des professionnels, dont celle des TS, est maintenant davantage effectuée dans un contexte de services intégrés, de circulation interprofessionnelle d'informations et d'imputabilité soutenus par cet outil créant un langage commun à tous les intervenants et à toutes les organisations concernées. La mise en place des CSSS s'accompagne d'une transformation fondamentale des contextes et des pratiques professionnelles, notamment en raison de l'imposition de l'OEMC.

Nous l'avons vu plus haut, le choix des personnes âgées, y compris en perte d'autonomie fonctionnelle, est le plus souvent de rester à domicile dans la communauté pour des raisons de sens, de maintien de leur autonomie, de réseaux de solidarité, etc. Ce désir légitime exige une capacité d'évaluation globale des besoins et la prise en considération des projets de vie pour soutenir, autant que faire se peut, l'adéquation des solutions d'hébergement à la situation de la personne. L'acte d'évaluation est ici fondamental, à la fois rigoureux, notamment quant à la mesure de l'autonomie

---

fonctionnelle, et sensible au projet de vie de la personne. Il importe notamment de saisir la globalité des situations cliniques en reliant projet de vie, dimensions psychosociales et dimensions médicales, prévention, traitement et soins, y compris palliatifs, etc.

Avec le virage ambulatoire (MSSS, 1988), les politiques publiques se sont orientées vers un retour des personnes dans la communauté, hors soins aigus. De fait, l'évaluation des situations cliniques devient plus complexe. En effet, il s'agit dès lors dans un premier temps de reconnaître les besoins de la personne sur le plan médical, dans le contexte social et environnemental conditionnant son existence, puis, dans un second niveau d'intervention, de concevoir, d'organiser et de coordonner des services multiples (CSSS, milieu communautaire, famille, etc.) et multidisciplinaires (professionnels (infirmière, ergothérapeute, nutritionniste, etc.) et non professionnels) au domicile de la personne. Les services se rendent chez la personne, ce qui requiert un continuum d'informations entre les professionnels en présence discontinue. Cette condition de service hors de l'institution implique que l'évaluation se constitue dans un langage transversal aux professions et disciplines permettant la mise en cohérence des actions interprofessionnelles, inter-organisationnelles et intersectorielles pour une prise en compte des situations cliniques gérontologiques dans leur globalité. Le TS contribue à ce mouvement en produisant des évaluations à partir de l'OEMC.

### **1.5.3. L'outil d'évaluation multiclientèle, un interlangage de l'activité**

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est attendue à l'entrée de la demande de service, pendant le soutien à domicile pour l'actualisation des connaissances de la situation, ainsi que lors de la demande d'entrée en CHSLD, qui est un autre temps dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle marquant la fin du soutien à domicile. Le

soutien à domicile apporté par l'ensemble du système public découle de l'évaluation de la situation à des fins de planification de l'intervention de compensation des multiples expressions de l'incapacité fonctionnelle. « La perte d'autonomie est un syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symptômes non spécifiques touchant les sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle » (Hébert et Tessier, 2007, p. 174-175). Ainsi, les services offerts doivent réduire les handicaps par la compensation des incapacités (médication, réadaptation) en mobilisant les ressources du milieu ou en comblant les incapacités non compensées par de services complémentaires de soins ou d'aide à domicile (Harrisson, 2011).

Nous l'avons dit plus haut, cette pratique est rendue commune à l'échelle du Québec par l'adoption de l'OEMC. « Le ministère [de la Santé et des Services sociaux] a adopté dès 2003 l'outil d'évaluation multiclientèle comme le système unique d'évaluation des besoins servant à déterminer le profil d'autonomie de la personne âgée » (Vérificateur général du Québec, 2012, p. 11). Ce choix vise à harmoniser la mesure faite des besoins et à mettre en cohérence les services découlant de cette mesure. L'OEMC répond aux qualités scientifiques d'un outil clinique. De plus, il s'inscrit dans une démarche générale d'intégration des services visant à créer davantage de continuité dans l'ensemble du parcours de soins que peut connaître une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle.

Retenons l'expérience des Bois-Francs, qui a débuté en 1999 (Durand *et al.*, 2001), comme étant le point de départ de l'expérimentation de l'intégration des services (Hébert *et al.*, 2001; Hébert et le Groupe PRISMA, 2003) au Québec. Le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) visait

cinq objectifs, dont nous retiendrons ici le deuxième : « Mettre au point et valider des instruments cliniques et de gestion supportant l'opérationnalisation d'un système de services intégrés et facilitant l'adaptation à de nouveaux modes de pratiques professionnelle et organisationnelle » (Hébert, 2004, p. 2). Les différentes étapes de construction conceptuelle et de validation ont fait l'objet de multiples publications (par exemple, Arcand et Hébert, 2007). La pertinence du modèle PRISMA et de ses composantes instrumentales est reconnue internationalement. Les publications scientifiques rendent compte de l'avancée de la recherche, de la fiabilité et de la justesse de la mesure, parfois dans une comparaison internationale des outils en usage pour l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées (par exemple, Gervais, Tousignant, Hébert et Connangle, 2009). Ainsi, nous retenons l'étude basée sur l'analyse de 45 articles et deux livres écrits ou co-écrits par les membres de l'équipe PRISMA entre 1988 et 2012 :

PRISMA provides evidence that integrating care for older persons is beneficial to individuals through reducing incidence of functional decline and handicap levels, and improving feelings of empowerment and satisfaction with care provided. The research also demonstrated benefits to the health system, including a more appropriate use of emergency rooms, and decreased consultations with medical specialists. (Stewart, Georgiou et Westbrook, 2013, p. 1)

L'outil d'évaluation que nous isolons du concept global d'intégration des services est porteur du contexte social et historique qui voit sa conception. L'OEMC, associé aux profils Iso-SMAF, est une combinaison de l'évaluation des besoins des personnes, de la traduction de ces besoins en profils stables de groupes de besoins pouvant servir à des fins autant cliniques que managériales (par exemple, documenter l'écart entre le requis et le dispensé.

### **1.5.3.1. L'outil d'évaluation et son échelle de mesure**

Au Québec, l'institutionnalisation de l'OEMC est directement liée à l'orientation des politiques publiques. Ainsi, « [v]ers le milieu des années 1980, un outil [le CTMSP<sup>20</sup>] pour évaluer les besoins des personnes qui faisaient une demande d'admission dans un CHSLD a été adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et implanté partout au Québec » (MSSS, 2000, p. 7). Or, « [e]n 1994, le MSSS adoptait le Cadre de référence des services à domicile » (MSSS, 2000, p. 7). Ce passage d'une prise en charge par les institutions publiques (dont les CHSLD) aux politiques privilégiant le domicile nécessite d'adapter une démarche d'évaluation des besoins des personnes âgées à domicile et non plus aux fins d'admission en institution.

Ainsi, « [à] la fin mars 1997, le réseau de la santé et des services sociaux était officiellement informé du choix du Ministère quant à l'adoption d'un outil d'évaluation des besoins dans le domaine des services à domicile » (MSSS, 2000, p. 7). Les attentes formulées à l'égard d'un tel outil relèvent de la fiabilité, de la stabilité et de la transférabilité et de son caractère partageable, ce qui lui permet « d'uniformiser les données demandées, [de] favoriser leur échange et ainsi [d'] éviter qu'il y ait plus d'une collecte des mêmes données pour le même usager » (MSSS, 2000, p. 7). Il s'agit donc d'un outil favorable à la réalisation de l'interdisciplinarité et de l'intersectorialité puisqu'il facilite la communication clinique entre les intervenants et les organisations du réseau intégré de services : « L'utilisation d'un langage commun, grâce à un outil d'évaluation intégré, est la condition essentielle à une meilleure réponse aux besoins de la personne et à la continuité des services » (MSSS, 2000, p. 17).

---

<sup>20</sup> CTMSP signifie Classification par type en milieu de soins prolongés.

L'OEMC doit aussi permettre l'actualisation des données sur la situation de la personne et dans la continuité du suivi dans le réseau :

Cet outil assurerait également une meilleure continuité des services au fur et à mesure de l'évolution des besoins de la personne. (MSSS, 2000, p. 7)

[...] le principal objectif de l'outil d'évaluation doit être d'assurer la continuité de l'intervention auprès de l'utilisateur tout au long de son cheminement dans le réseau sociosanitaire. (MSSS, 2000, p. 17)

Il est dit multicientèle car destiné à évaluer une population adulte en perte d'autonomie fonctionnelle (MSSS, 2000), incluant les personnes de 65 ans et plus.

Matériellement, l'outil est constitué en plusieurs sections par un découpage thématique : l'état de santé<sup>21</sup>, les habitudes de vie<sup>22</sup>, la situation psychosociale<sup>23</sup>, les conditions économiques<sup>24</sup>, l'environnement physique<sup>25</sup> et la synthèse<sup>26</sup>. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est intégré à l'outil. Nous proposons dans l'encadré suivant la présentation du SMAF faite par Gervais *et al.* (2009).

Le SMAF s'appuie sur la conception fonctionnelle de l'autonomie développée par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, 1980). Développé en 1984, il a fait l'objet de plusieurs études ayant confirmé ses qualités métrologiques (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995; Hébert *et al.*, 2003; Hébert *et al.*, 2001; Hébert, Spiegelhalter et Brayne, 1997; McDowell, 2006; Pinsonnault *et al.*, 2001). L'instrument évalue 29 fonctions regroupées en cinq catégories : les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7), la mobilité (6), la communication (3), les fonctions mentales (5) et les activités de la vie domestique (AVD) (8). Les fonctions sont cotées sur une échelle à cinq degrés : 0 (autonome);-1 (surveillance ou stimulation requises);-2 (aide partielle requise);-3 (aide complète requise);une cote intermédiaire de -0,5 ou de -1,5 est utilisée

<sup>21</sup>Histoire de santé personnelle et familiale et diagnostics actuels, santé physique, santé psychique, soins particuliers, médication, services de santé.

<sup>22</sup>Alimentation, sommeil, consommation de tabac, consommation d'alcool et de drogue, activités personnelles et de loisirs.

<sup>23</sup>Histoire familiale, milieu familial, aidants principaux, réseau social, ressources communautaires, état affectif, perception de l'utilisateur, sexualité, croyances et valeurs personnelles.

<sup>24</sup>Capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels.

<sup>25</sup>Conditions de logement, sécurité personnelle et environnementale, accessibilité, proximité des services.

<sup>26</sup> Spécifie le contexte d'évaluation, les problèmes prioritaires décelés, les attentes de l'utilisateur, les facteurs de risque et les orientations suggérées. Le formulaire papier propose 36 lignes de rédaction libre et s'achève par la signature et le titre du professionnel ainsi que la date de rédaction.

pour certains items lorsqu'une activité est réalisée de façon autonome mais avec difficulté. Le score maximum est de -87. Le SMAF permet une évaluation exhaustive des incapacités de la personne et d'obtenir un score d'handicap à partir de l'identification des ressources matérielles et sociales mises en place pour compenser les incapacités. Il permet aussi d'apprécier la stabilité des ressources et de mesurer l'écart entre les services requis et les services fournis.

Une classification en 14 profils cliniques gradués (profils Iso-SMAF), chacun correspondant à un groupe de sujets semblables requérant des services similaires selon des coûts similaires (Dubuc et Hébert, 2002; Dubuc, Hébert et Desrosiers, 2004), est également disponible (Dubuc *et al.*, 2004). L'utilisation du logiciel eSMAF permet d'établir le profil Iso-SMAF de chaque sujet évalué et de générer un Tableau d'aide individualisé (Boissy *et al.*, 2007). Contrairement aux GIR, tous les items du SMAF servent à établir le profil Iso-SMAF. Les quatorze profils Iso-SMAF sont partagés en quatre catégories. La première catégorie regroupe les profils 1, 2 et 3, ceux de sujets présentant des incapacités aux tâches domestiques seulement. La deuxième catégorie regroupe les profils 4, 6 et 9, ceux de sujets présentant une atteinte motrice et dont les fonctions mentales sont relativement préservées. La troisième catégorie regroupe les profils 5, 7, 8 et 10, ceux de sujets chez qui l'incapacité mentale est prédominante. La quatrième catégorie correspond aux profils 11, 12, 13 et 14, ceux de sujets qui présentent des incapacités importantes au niveau de la mobilité et qui sont dépendants au niveau des AVQ et/ou présentant des déficits cognitifs et une incapacité presque totale à communiquer. Chaque profil correspond à un nombre requis d'heures de soins infirmiers, d'assistance et de soutien (Hébert *et al.*, 2001). La classification permet d'établir le profil d'accueil des milieux évalués et de calculer un indice de lourdeur de la clientèle (ILC) utile à la comparaison de différentes unités d'analyse (Tousignant, Dubuc, Hébert et Coulombe, 2006). (Gervais *et al.*, 2009, p. 207-208)

La création d'un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle trouve son parallèle avec l'histoire des mesures (Hocquet, 1986). L'adoption du système métrique dans les données de commerce suppose de trouver les équivalences avec les systèmes antérieurs. Ces anciens systèmes (coudée, brassée, journée de travail, etc.) sont issus de la pratique<sup>27</sup>. Il faut donc décider à quoi correspond ce mesurage pratique dans un système métrique nouveau et plus abstrait. Ce détour illustre très certainement ce que représente pour les professionnels, dont les TS, la standardisation de l'évaluation quand il s'agit de

<sup>27</sup> « Or comptent plus pour le travail du paysan et la valeur de la terre non une unité abstraite, *acre*, *arpent*, *verge* ou *hectare*, mais la situation (fond de vallée, plaine, versant), la fertilité et le rendement qui se mesurent en unités fonctionnelles, tel le temps de travail (un *journal*) ou l'ensemencement (un *setier* de terre); on retrouve alors une mesure bien répertoriée dans les manuels de marchand » (Hocquet, 1986, p. 42).



passer d'une pratique qui se veut essentiellement appréciative et disciplinaire à l'objectivation interdisciplinaire de mesures. En conséquence, certaines précisions accompagnent la collecte des informations : « l'évaluateur doit, par exemple, juger de la capacité de la personne à s'habiller en l'interrogeant sur la façon dont elle réalise l'activité ou en l'observant directement » (Desrosiers et Hébert, 2007, p. 137-138). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle consiste à voir et à entendre, pour une estimation de besoins en situation, si l'on réfère à la citation qui précède.

Ainsi, cette évaluation repose sur la collecte de données en situation, à partir d'un outil standardisé (l'OEMC) et d'une traduction de ces données dans un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (le SMAF). Ce nouveau « système métrique » de l'autonomie fonctionnelle est indispensable au projet de partage des informations dans une perspective de collaboration interprofessionnelle et d'intégration des services.

Pourtant, bien que cette organisation de services soit saluée internationalement, le changement de pratique ne va pas de soi. Du côté des utilisateurs cliniques, les TS conservent un regard « critique par rapport à ces tests » (OTSTCFQ, 2011, p. 25). Nous soulignons ici la relégation des outils au rang de test ainsi que l'usage d'un démonstratif qui indique une prise de distance volontaire dans la désignation des objets. L'OTSTCFQ déclare sa position réfractaire à toute tentative de standardisation des pratiques :

Cependant, compte-tenu [sic] des conditions actuelles, cette identité doit être suffisamment forte, dès le départ de la pratique, puisqu'elle devra se manifester dans des contextes influencés par une vision parfois réductrice des facteurs à l'origine des problèmes communautaires et psychosociaux et par une tendance à la technicisation et à la standardisation (*protocolisation*) des pratiques. (OTSTCFQ, 2012b, p. 12)

Ainsi, les politiques publiques institutionnalisent l'utilisation de l'OEMC dans les organisations, mais, dans la pratique, l'usage dépend du professionnel et de son aisance technique à l'utiliser, rappelant qu'« un outil ne fonctionne jamais par lui-même » (Nélisse, 1998, p. 165).

Dans le contexte de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, le score Iso-SMAF est un résultat chiffré qui résulte du traitement statistique des données collectées, dont il constitue une traduction robuste, stable et fiable. Pour autant, ces données laissent place au jugement clinique, ce qui introduit une certaine dose de compréhensivité mais aussi d'arbitraire face à la situation. Dans toute activité de « mesurage », le rôle fondamental revient à celui qui utilise l'outil dans une situation singulière et dans un contexte tout aussi singulier. Nous faisons ici un autre parallèle avec l'histoire des mesures en éducation et les travaux sur la docimologie (Piéron, 1963) et l'ensemble des « arrangements » quotidiens et des « bricolages » des notes dans lesquels la classe, les élèves et les enseignants tiennent un rôle et interagissent.

Pour conclure, nous retiendrons que cette évaluation vise à identifier les incapacités de la personne et de soutenir celles qui seraient non compensées par des ressources adéquates. Elle est aussi une estimation de la stabilité des ressources existantes, cherchant à anticiper la diminution ou l'épuisement notamment des proches aidants. Elle donne lieu à la production d'un plan visant à établir les moyens d'une compensation : le plan de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS). L'évaluation est donc inscrite dans une dimension temporelle et environnementale. Les données collectées (informations directes et indirectes, en situation) sont traduites sur une échelle permettant de déduire le niveau de services requis pour la personne. L'OEMC (incluant

le SMAF) est donc à la fois métriquement robuste et ancré sur le raisonnement clinique évaluatif de la situation tenu par le TS.

Le calcul du score SMAF du le profil Iso-SMAF est une objectivation de l'autonomie fonctionnelle de la personne, ce qui, dans notre compréhension, répond à l'intérêt de l'évaluation du point de vue de l'organisation des services. Il fixe en quelque sorte à un moment donné le profil de la personne, profil qui sera à minima révisé annuellement. Or, au plan clinique, par ses notes évolutives, le professionnel tient le journal des fluctuations et des évènements qui traversent la situation de la personne. Le calcul de l'Iso-SMAF est donc le résultat de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, sorte de marqueur temporel de la situation, qui ne rend pas compte du processus clinique de l'activité d'évaluation dont il est pourtant le produit.

### ***1.5.3.2. Les évaluations dans l'intervention des travailleurs sociaux en en soutien à domicile***

Dans la pratique quotidienne des TS des services de soutien à domicile (SAD), l'évaluation du fonctionnement social et celle de l'autonomie fonctionnelle via l'OEMC cohabitent de près. En effet, comme l'OEMC ne peut pas se substituer à l'évaluation disciplinaire du fonctionnement social, les TS se rendent à domicile, recueillent les informations, élaborent leur analyse et formulent leur opinion professionnelle et leurs recommandations. Ils complètent le formulaire de l'OEMC et rédigent le rapport de l'évaluation du fonctionnement social de la personne, qui est matériellement un autre document.

En fonction des informations qui doivent être collectées et analysées et des compétences sollicitées chez le TS, en quoi ces deux évaluations s'influencent-elles et se complètent-

elles et quels sont les éléments qui les différencient? L'évaluation du fonctionnement social est normée par un organisme régulateur, en l'occurrence l'OTSTCFQ, alors que l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est normée par un outil clinique standardisé, à savoir l'OEMC.

Notre lecture de ces deux temps et stratégies d'évaluation s'articule autour de l'activité réservée, donc interne à la profession, et de l'activité en contexte d'intervention partagée, donc externe à la profession. En effet, s'agissant de l'activité des TS dans l'effectuation de l'évaluation du fonctionnement social ou de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, le clivage principal s'articule autour du statut de ces deux activités du point de vue disciplinaire. La première forme d'évaluation, comme nous l'avons vu, est une activité réservée (*Loi 21*) aux détenteurs du titre professionnel de TS suivant les règles prévues au *Code des professions* du Québec<sup>28</sup>(Ministère de la Justice, 2009). La seconde forme d'évaluation, qui est transprofessionnelle, est conditionnelle à l'accès à une organisation et à un programme (ici le SAD) et peut être réalisée par les intervenants de diverses disciplines (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières, etc.).

Selon nous, la tension qui existe dans le champ de l'évaluation en travail social tient beaucoup dans cet argumentaire d'activité réservée ou partagée et, lorsqu'une activité est partagée entre plusieurs disciplines et professions, son effectuation ne présume plus d'une expertise particulière. Cette tension renvoie à la perte d'un agir clinique propre mobilisant des compétences professionnelles acquises dans la formation initiale.

---

<sup>28</sup> Elle est réservée aux détenteurs du titre de travailleur social avec une extension vers les techniciens en assistance sociale et les diplômés universitaires en travail social ayant bénéficié de la clause grand-père dans l'application de la *Loi 21*.

Pour les TS du SAD, ces deux formes d'évaluation sont plus en compétition qu'en complémentarité. Si les professionnels des services de santé et des services sociaux peuvent, quelle que soit leur formation disciplinaire, du fait de leur statut, conduire une évaluation de l'autonomie fonctionnelle, l'activité réservée qu'est l'évaluation du fonctionnement social doit s'en démarquer. Il en va du maintien de l'identité professionnelle du groupe vis-à-vis des autres professions concurrentes dans le champ de pratique. Or, l'origine de l'outil d'évaluation multiclientèle (Hébert est un médecin gériatre), la standardisation de la démarche d'évaluation et le recours à un outil standardisé et transdisciplinaire (OEMC) viennent heurter les traditions du travail social. Dans le quatrième chapitre du référentiel de l'évaluation fonctionnelle, intitulé *Les outils de collecte de données ou d'informations et les instruments de mesure*, il est indiqué ceci :

Dans un souci d'uniformisation, des établissements ou des organismes produisent des outils, généralement sous forme de grilles, lesquels sont utilisés par des intervenants de diverses disciplines et professions. Dans bien des cas, ces outils s'avèrent utiles pour soutenir la collecte de données. Par exemple, il existe des formulaires de demande de service et des outils d'évaluation sommaire, en santé mentale. Ces outils ont toutefois une portée limitée dans l'ensemble du processus et ne peuvent en aucun cas être considérés comme des rapports d'évaluation du fonctionnement social, puisqu'ils font peu ou pas de place à l'analyse et à l'opinion professionnelle. De plus, ils sont habituellement conçus pour des intervenants provenant de différentes disciplines, sans égard à la spécificité de leur champ d'exercice. Ils ne reflètent donc pas la marque distinctive du travail social. (OTSTCFQ, 2011, p. 17)

Cependant, dans le quotidien des services de soutien à domicile, les deux formes d'évaluation se prolongent du fonctionnement social vers l'autonomie fonctionnelle et inversement. L'OEMC connaît d'ailleurs une évolution en ce sens par l'introduction récente d'une septième thématique, le *Fonctionnement social*, même si, pour l'instant, le score produit n'est pas inclus dans l'algorithme générant le profil Iso-SMAF. Les

informations collectées au moment clinique de l'évaluation peuvent soutenir l'une ou l'autre des activités évaluatrices, mais, en même temps, elles se concurrencent puisque les TS doivent répondre à l'exigence de leur ordre professionnel et à celle de leur service, soit produire une évaluation psychosociale et un OEMC.

Nous trouvons plusieurs registres argumentaires pour affirmer que la réticence vis-à-vis de l'OEMC, pour les TS se fonde sur un risque identitaire. Le premier registre serait celui de la reconnaissance que des outils de collecte peuvent s'avérer utiles pour éviter les oublis, l'OTSTCFQ serait prêt à en reconnaître du bout des lèvres l'utilité éventuelle.

Le second registre ressemble à une remise en question de la construction de ces outils puisque ceux-ci se présentent « généralement sous forme de grilles » (OTSTCFQ, 2011, p. 17). Ces dernières renvoient plus à une fonction d'agent qui cocherait un formulaire qu'à la pratique d'un professionnel dans la plénitude de l'exercice de son art. La suite du discours confirme cette perception :

Ces outils ont toutefois une portée limitée dans l'ensemble du processus et ne peuvent en aucun cas être considérés comme des rapports d'évaluation du fonctionnement social, puisqu'ils font peu ou pas de place à l'analyse et à l'opinion professionnelle. (OTSTCFQ, 2011, p. 17)

Nous retrouvons la méfiance envers l'agentification, disqualification de l'activité professionnelle, par la normalisation de l'activité. Les outils en question laissent pourtant toujours une double place au jugement professionnel, celle de la reconnaissance du signe, l'argument que nous avons vu avec Dodier, et celle de la compilation dans et autour de l'outil de notes interprétatives. À ce propos, Nélisse rappelle ceci :

Nélisse et Uribe (1992) ont montré à quel point une tâche aussi ingrate ou banale en apparence que de « remplir un formulaire » était, dans ce nouveau cadre

législatif, une manière de rendre justice à une personne dans un moment critique de sa vie. (1997, p. 140)

Le sentiment de méfiance professionnaliste est renforcé dans trois autres extraits de cette même citation de l'OTSTCFQ. Premièrement, c'est « dans un souci d'uniformisation [que les] établissements et organismes produisent des outils » (OTSTCFQ, 2011, p. 17), l'uniformisation n'étant pas ici synonyme d'harmonisation mais bien de standardisation de la pratique, de réduction de l'espace d'autonomie du professionnel. Le terme choisi, « uniformisation », est très fort. L'impression de rabotage de l'expertise qu'il donne est renforcée par des outils « qui sont alors utilisés par des intervenants de différentes disciplines » (OTSTCFQ, 2011, p. 17). Puisqu'ils ne sont pas spécifiques, puisqu'ils sont transdisciplinaires, ils n'appelleraient pas l'expertise particulière du TS d'un point de vue disciplinaire. De plus, « ils sont habituellement conçus pour divers types d'intervenants, sans égard à la spécificité de leur champ d'exercice et ne reflètent pas la marque distinctive du travailleur social » (OTSTCFQ, 2011, p. 17). Manifestement, ces deux derniers arguments visent à protéger l'intervention en titre du TS.

Du fait de l'usage d'un outil partagé, l'évaluation est une activité ouverte à toutes les disciplines et à divers types d'intervenants et constitue une mise en danger de l'expertise à évaluer que nous avons qualifiée d'historique pour la profession des TS.

Cette posture phobique à l'égard des outils standardisés concernerait alors moins l'outil en tant que tel que le positionnement de la discipline dans le champ professionnel.

Nous avons relevé plus haut la spécificité de l'activité du TS dans son aptitude à évaluer l'environnement sociétal selon les « valeurs, normes, cultures ainsi que les politiques sociales et économiques, dont les mesures de protection sociale de la société et de la

communauté d'appartenance de la personne » (OTSTCFQ, 2011, p. 9). Nonobstant cette prise en considération du contexte dans lequel elle se déroule, il apparaît tout aussi indispensable d'asseoir l'activité des professionnels dans des pratiques explicites. Nous pouvons référer aux conclusions de Nélisse et Uribé (1992) dans l'analyse des tâches prescrites par la *Loi sur le curateur public*.

Il faut que les intervenantes individuellement et collectivement disposent d'un minimum de règles d'usage et cela dans des conditions minimales propices à cet usage [...]. Ce schéma d'intelligibilité et de mise en place des actions et des acteurs est une technologie : une manière commune de prendre appui sur les mêmes « choses » à des fins de connaissances et d'actions. (Nélisse, 1998, p. 166)

Si la prétention d'une propriété disciplinaire de certains actes d'évaluation est fondée, cela voudrait dire qu'il existe des savoirs disciplinaires propres à cette activité. Or, la question de ces savoirs dans l'évaluation en travail social demeure ouverte et n'a fait l'objet que de très peu de travaux pouvant être convoqués en preuve. Et, même si ce point de vue est suspendu, la double activité évaluatrice que nous venons de problématiser contient des savoirs relatifs à l'articulation de ces deux mouvements évaluatifs.

Au total, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est empiriquement une pratique transdisciplinaire, partagée entre les divers professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Malgré son origine gériatrique, domaine des sciences médicales, elle ne consiste pas en un diagnostic, ce qui serait un acte réservé aux seuls médecins. Les domaines de la santé (physique et psychique) y sont investis sous l'angle fonctionnel du fait de leur poids dans l'autonomie au quotidien de la personne. La prise en compte du quotidien est pourtant au cœur de la professionnalité en travail social. Nous pouvons dire



que, dans le registre de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, l'outil OEMC fragilise l'image de l'expertise classique des TS (lutte contre la pauvreté, défense des droits, etc.) tout en permettant d'en élaborer une autre, proche des objets de l'autonomie fonctionnelle. Ce déplacement de la pratique offre selon nous un espace de développement professionnel partiellement hors du contrôle de l'OTSTCFQ puisque l'OEMC est imposé par une instance extérieure au groupe professionnel.

Il s'agit donc d'un développement de savoirs d'expérience en et par le pratique, conditionné au déploiement de cette pratique dans un univers concrètement organisé (plutôt qu'idéalement libre de toute contingence), ce qui favorise l'élaboration de savoirs qui ne sont pas totalement propres aux TS mais qui n'en sont pas moins au cœur de leur professionnalité en acte. D'ailleurs, il peut être utile de rappeler que ce sont les TS qui réalisent la majorité des OEMC au Québec (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2013).

### ***1.5.3.3. Les compétences requises pour évaluer***

Nous intéressant à la pratique professionnelle et à la formation des étudiants en formation initiale, il est indispensable de nommer minimalement les compétences professionnelles énoncées en matière d'évaluation. Dans le domaine de la formation professionnelle, Tardif rappelle que :

De tout temps, la compétence a été conçue comme étant de l'ordre de l'action. Il y a donc une forme de consensus sur l'idée que, quand on fait référence à une compétence, il ne s'agit pas de savoirs théoriques ou de connaissances déclaratives, mais de savoirs en acte ou de séquences d'actions. (Tardif, 2006, p. 17)

Cet auteur souligne le rattachement fréquent de ce concept au comportementalisme, affirmant que les compétences sont « souvent reliées à des tâches qui devaient être assumées dans un métier ou dans un secteur de travail » (Tardif, 2006, p. 18).

Une seconde orientation du concept s'inspire plutôt de la théorie systémique. Cette perspective « insiste plutôt sur le caractère holistique et intégrateur de toute compétence » ce qui, pour l'auteur, concourt au « système de connaissances » ou encore de « famille de situations » (Tardif, 2006, p. 18). Nous retiendrons une conception de la compétence comme réalisation « d'un grand nombre d'actions dans des situations fort différentes mais appartenant à une famille donnée [...] l'efficacité de l'action constitue ainsi une retombée nécessaire et incontournable d'une compétence » (Tardif, 2006, p. 17).

Cette conception de la compétence amène à distinguer deux types de savoirs voisins, souvent confondus mais néanmoins différents, soit les savoir-faire et les savoir-agir. Le savoir-faire est

[...] un ensemble fini d'actions [...] qu'il est possible de stabiliser. Ainsi, la complexité de la situation peut amener à une mobilisation plus ou moins exigeante des savoir-faire, sorte d'expertise procédurale mais qui peut être relativement fine. Le savoir-agir de son côté correspond à une démarche heuristique. (Tardif, 2006, p. 24)

Parce que chaque situation est unique et singulière, nous poursuivons le parallèle avec la pratique de l'évaluation des TS faisant usage de l'OEMC. En travail social, le référentiel des compétences s'inspire de celle de Le Boterf (2002), qui voit le professionnel comme « celui qui sait gérer un ensemble de situations professionnelles, allant du simple au complexe », en intégrant les savoirs classiques (connaissances, habiletés, attitudes,

valeurs) dans une perspective large et dynamique» (OTSTCFQ, 2012b, p. 5). Une liste de cinq savoirs est associée à cette définition :

- Savoir agir et réagir avec pertinence dans le texte, le terme de pertinence renvoie à une note de bas de page : savoir quoi faire, aller au-delà du prescrit; choisir dans l'urgence; arbitrer, négocier; trancher; enraciner des actions selon une finalité);
- Savoir combiner des ressources et les mobiliser dans un contexte de pratique;
- Savoir transposer (utiliser des métaconnaissances pour interpréter, modéliser et créer des conditions de transposition);
- Savoir apprendre et apprendre à apprendre (savoir réfléchir sur son action, la transformer en expérience);
- Savoir s'engager (engager sa subjectivité, prendre des risques, entreprendre, faire preuve d'éthique) (OTSTCFQ, 2012b, p. 5).

Le rattachement des compétences à ce registre de savoirs, que ce soit des savoir-agir ou des savoir-faire mobilisés, quitte la dimension éthérée de l'affirmation d'un savoir-être et constitue une piste d'analyse de la pratique d'évaluation. Qu'il s'agisse de l'évaluation du fonctionnement social ou de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, pour nous, il est nécessaire dans l'activité de savoir agir et réagir et celle de savoir transposer (OTSTCFQ, 2012b, p. 5).

Toutefois, le processus par lequel un groupe professionnel aboutit à la référentialisation des compétences attendues suppose d'en expliciter et de clarifier les différentes logiques en présence, en tension voire en concurrence. En d'autres termes, comment un groupe professionnel parvient-il à énoncer les compétences, fondées sur des savoirs propres transcrits dans un référentiel à visée normative, pour dire la pratique? L'enjeu d'un référentiel de compétences pour un groupe professionnel donné est majeur. En effet, celui-ci servira de base au référentiel de formation (proposition de la mise en œuvre de

la formation), dont découlent le référentiel de certification (qui atteste du cursus des étudiants) et les programmes, soit les orientations pédagogiques et les connaissances et références apportées par l'équipe de formation aux étudiants venus s'inscrire pour obtenir un titre professionnel. Plus encore, la concordance du faire au référentiel peut se constituer comme principe d'évaluation de la performance de la pratique. Mais que fonde donc ce référentiel? Une norme in abstracto? Ceci pose la question du rapport de ladite norme aux savoirs. Des connaissances scientifiques? Ceci pose la question de la capacité de la recherche à véritablement dévoiler le savoir pratique.

Plus précisément dans l'activité qui consiste à évaluer, le référentiel développe cinq compétences pour « effectuer une évaluation du fonctionnement social, élaborer un plan d'intervention ou une stratégie concertée et déterminer la méthode d'intervention appropriée » (OTSTSFQ, 20012b, p. 18) :

1. Être capable de recueillir les informations objectives et subjectives pertinentes à la situation-problème;
2. Être capable d'analyser les informations relatives à la situation-problème sur la base de connaissances théoriques et pratiques (problèmes sociaux, modèles, approches, etc.), être capable de tenir compte de l'interaction entre les acteurs et leur environnement social en considérant les législations qui encadrent la pratique. Être capable de transposer cette compétence dans les activités professionnelles ciblées par le PL 21<sup>29</sup>;
3. Être capable de formuler une opinion professionnelle cohérente avec l'évaluation de la situation qui précise les recommandations et l'orientation choisie;

---

<sup>29</sup> C'est-à-dire le projet de loi 21.

4. Être capable de planifier une intervention sociale selon la méthode appropriée ou une stratégie adaptée au contexte de pratique et répondant aux exigences professionnelles et déontologiques;
5. Être capable de rédiger l'ensemble des documents appropriés à l'évaluation qui répondent aux critères professionnels et organisationnels (OTSTCFQ, 2012b, p. 18-19).

Concrètement, que sait-on de ce que sous-entend dans la pratique la troisième compétence : « Être capable de formuler une opinion professionnelle cohérente avec l'évaluation de la situation qui précise les recommandations et l'orientation choisie »?

La référentialisation d'une profession pour la formation peut donc renvoyer aux liens entre la recherche et la pratique. En travail social, ce lien semble relativement complexe.

Turcotte propose quatre types d'explication<sup>30</sup> à cette complexité :

1) [Il] est très difficile de déterminer un corpus de connaissances scientifiques qui soit propre au travail social. [...] 2) Le travail social est interdisciplinaire; il incorpore des connaissances issues, entre autres, de la psychologie, de la sociologie, de l'économie et de la biologie. [...] 3) [...] le travail social est marqué par une dialectique entre deux conceptions de la pratique : s'agit-il d'un art ou d'une science? 4) [...] faible recours aux données de recherche chez les intervenants [du fait du] peu de correspondance entre leurs besoins et ces données. (2009, p. 57)

Ces arguments laissent entendre une conception normative descendante des référentiels. Couturier et Carrier (2008) explorent la méthode d'élaboration ascendante des référentiels. S'inspirant des travaux de Darré (1980; 1984; 1985), les auteurs montrent comment l'étude des conditions d'une parole collective des groupes de professionnels permet de « s'émanciper de l'inertie symbolique étayée du statut d'objectivité donné au discours dominant ou officiel » (Couturier et Carrier, 2008, p. 71). La méthode suivie

---

<sup>30</sup> La numérotation insérée dans cette citation est de nous.

semble cependant plus axée sur le discours que sur l'analyse de la pratique en situation, ce qui s'explique partiellement par le caractère relationnel de ce métier. En effet, « le travail social constitue une forme extrême des métiers relationnels » (Couturier et Salles, 2013, p. 32), ce qui renforce la dimension relativement immatérielle de l'activité des TS.

## **Conclusion**

Considérant le domaine d'application qu'est la gérontologie, nous avons souligné l'approche expérientielle et peu scientifique de la vieillesse dans les offres de formation, les contenus gérontologiques étant le plus souvent épars dans les formations initiales des TS en Amérique du Nord et au Québec. Cette carence vaut encore plus pour l'activité évaluatrice, objet délicat pour le travail social. Pour l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée, les TS comptent sur la maîtrise du processus générique d'évaluation du fonctionnement social et sur l'outil standardisé OEMC spécifique à l'autonomie fonctionnelle. Ces deux expertises sont en synergie.

Les référentiels de compétences, qui ont pour mission de normaliser la formation et la pratique évaluative, semblent surtout le fait d'un discours professionnel peu fondé sur une analyse des pratiques effectives d'évaluation. Ainsi, nous postulons l'existence de savoirs qui sont en tout ou en partie implicites et construits dans l'expérience clinique de l'activité évaluatrice des TS en soutien à domicile. Il nous semble donc primordial d'engager la recherche pour rendre compte de cette activité primordiale en premier lieu pour le développement d'une pratique professionnelle de qualité qui naît dès la formation initiale à travers un référentiel de formation à l'évaluation en phase avec des savoirs issus de l'expérience pratique.

## 1.6. Question de recherche

Notre projet consiste à enquêter auprès de TS qui effectuent des évaluations de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Nous souhaitons accéder à la pratique d'évaluation pour en extraire des savoirs en vue de contribuer à la réflexion sur la formation en travail social. Notre contribution à la référentialisation est ascendante, à la recherche de savoirs mobilisés dans le cours de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

Sans nier l'importance de la perspective macrosociale et l'influence de l'organisation du travail dans l'activité des TS, nous choisissons un regard microsocial, celui de l'analyse d'une activité particulière dans le travail, soit l'activité clinique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Dès lors, cette analyse dans la pratique des TS est à envisager comme un

[...] regard proche [qui] permet de saisir chaque activité professionnelle comme l'occasion (et l'obligation) d'observer, de raisonner, de décider et d'agir en interaction avec ses collègues et des hiérarchies; dans des situations où les techniques, les procédures et les conditions sont à la fois choisies et données, où les objectifs, partiellement prédéterminés, sont cependant flous. (Nélisse, 1997, p. 138-139)

Au Québec, l'analyse par l'activité des TS, c'est-à-dire de l'intervention, a été proposée (Huot, 1991; Nélisse et Uribé, 1992; Couturier, 2006) non seulement à partir du discours mais aussi de l'observation de la pratique. Nous faisons nôtre la citation suivante : « [...] il s'agit [...] de recueillir ce que disent les praticiens dans leur travail et de leur travail et de les voir interagir avec les usagers, leurs collègues, les cadres, etc. » (Nélisse, 1997, p. 139).

Nous avons donc formulé comme ceci notre question de recherche :

Quels sont les savoirs professionnels mobilisés dans/ par/ pour les activités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle?

Elle est opérationnalisée en trois objectifs qui visent à répondre aux problèmes pratiques (que fait-on pour évaluer) et théoriques (comment on forme à évaluer) qui se présentent dans le champ de la formation (Mayen, 2012).

Le but général de la recherche consiste à reconstruire une part importante de ce qu'est la pratique des TS, soit les savoirs mobilisés en situation d'évaluation clinique en contexte de perte d'autonomie fonctionnelle. Il s'agit d'explorer une pratique, que nous avons qualifié en grande partie d'implicite, afin de la cerner et de la rendre visible, notamment par la mise à jour de certains savoirs de l'évaluation, et communicable, spécifiquement à destination de la formation professionnelle. Ce mouvement suppose d'aller du particulier, à savoir la pratique individuelle des TS, vers le général, soit les savoirs de la pratique professionnelle, c'est-à-dire des savoirs partagés par les TS.

### **1.6.1. Les objectifs de la recherche**

Le but général se décline en trois objectifs spécifiques :

1) Décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en intervention gériatrique.

Ce premier objectif considère l'activité professionnelle telle que mise en œuvre. Cette finalité implique une investigation de terrain auprès de TS.

2) Reconstruire certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle.

Ce deuxième objectif considère le TS individuellement en situation de pratique évaluative. Cela suppose qu'il soit observé en action puis interrogé sur l'action afin de



faire expliciter sa pratique évaluative. Il s'agit de participer à la mise à jour de ces savoirs que nous considérons comme des matériaux pour reconstruire les savoirs d'expérience.

3) Contribuer à mettre en forme ces savoirs pour les rendre disponibles et transmissibles à des fins de formation à l'activité évaluative des TS.

Ce troisième objectif suppose de partager les pratiques individuelles mises à jour et de les confronter dans un groupe de pairs afin d'en énoncer le caractère invariant, c'est-à-dire commun aux pratiques individuelles. Ces savoirs pourront alors être proposés à des intervenants dans la formation des TS au Québec.

### **1.6.2. Pertinence sociale et éthique**

La première finalité de cette étude est d'élucider des savoirs de la pratique, trop rarement abordés, comme nous l'avons vu dans la première partie. Le contexte de vieillissement de la population renforce la pertinence sociale de notre questionnement.

La deuxième finalité est de contribuer à la formation de futurs professionnels devant, selon nous, être mieux préparés à la pratique en intervention gérontologique en général et en évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées en particulier. Ces façons de faire des acteurs de terrain et ces savoirs n'attestent aucunement d'une bonne ou d'une mauvaise pratique comme idéal type de l'activité. Nous cherchons simplement à expliciter les savoirs d'expérience dans l'intention de les mettre à la disposition des personnes en charge d'élaborer ou de mettre en œuvre des référentiels de compétences relatifs à l'évaluation.

Enfin, la troisième finalité de cette recherche contribue à l'explicitation d'une des activités du TS, fondamentale tant pour la personne âgée dans la reconnaissance de ses

besoins que pour l'organisation des services du soutien à domicile. Nous avons vu que la pratique évaluative est peu soutenue par la formation initiale des futurs professionnels en TS.

Ces trois finalités recouvrent des dimensions éthiques. Le but de l'évaluation est la promotion du changement social, la résolution de problème(s) dans une perspective de bien-être général qui s'inscrit dans un contexte relationnel, implicitement d'interaction. Le TS est tacitement positionné comme médiateur entre la personne et l'environnement, dont le système d'intervention.

Mais, comme acteur dans l'activité, le TS doit aussi composer avec le contexte et la situation. D'une part, l'activité évaluative est socialement réglementée, notamment à partir du code de déontologie de son ordre professionnel et de normes du bon usage des outils standardisés. Le code déontologique assure l'exclusivité de certaines pratiques en même temps qu'il vient garantir les conditions de son exercice de qualité à toute personne faisant appel au professionnel membre de l'ordre.

D'autre part, l'activité évaluative convoque une démarche éthique. Celle - ci correspond « à la recherche d'une cohérence, autant que possible, entre nos conduites et nos conceptions du bien, ou du bon, tout en interrogeant ces conceptions au regard des intérêts et des conceptions d'autrui » (Gonin et Jouthe, 2013, p. 78). Notre réflexion se rapproche plus de ce questionnement éthique qui se déroule dans l'activité clinique de l'évaluation. Par ailleurs, si l'évaluation du fonctionnement social est une activité première selon le cadre de référence de l'OTSTCFQ (2011) ainsi que le référentiel des compétences des travailleurs sociaux (OTSTCFQ, 2012b), ces documents énoncent les

règles à suivre et les valeurs qui soutiennent l'intervention du TS. Or, « les règles déontologiques tendent plus à imposer une réponse dans les situations problématiques que peut rencontrer le professionnel dans l'exercice de son métier qu'à exposer et arbitrer les dilemmes moraux que ces situations peuvent engendrer » (Sirioux, 2004, p. 474). Et le même auteur de poursuivre : « l'éthique professionnelle a en effet une fonction critique qui n'est que partiellement reflétée dans la déontologie » (Sirioux, 2004, p. 474). Il nous semble qu'au-delà des règles déontologiques qui relient le TS à sa profession et des normes d'usage de l'outil d'évaluation en situation, le professionnel doit avancer vers la proposition d'un plan d'intervention. « L'éthique pourra alors être décrite comme le lieu de l'arbitrage des conflits entre ces préférences et ces conceptions du bien » (Massé et Saint-Arnaud, 2003, p. 47).

Entrer dans l'évaluation par les pratiques permet de renouer avec la dimension éthique dans les référentiels car, même dans un contexte introduisant une dose de standardisation, comme ici le processus d'évaluation, la pratique est forcément située, prudentielle (Champy, 2009) et singularisante.

## Chapitre 2. Les matériaux théoriques

Nous proposons de partir des définitions usuelles des trois mots clefs de notre recherche avant d'y apporter les approfondissements induits par les orientations théoriques et conceptuelles. Ces mots sont : activité(s), situation et savoir(s). Dans une deuxième section, partant des théories de l'activité, nous retenons le rôle du langage dans les métiers relationnels et l'inflexion qu'a pris la recherche du fait de la didactique professionnelle. La troisième section expose la compréhension que nous avons du concept de médiation et l'usage que nous en faisons pour entrer dans l'activité d'évaluation. Ce faisant, nous partageons comment l'activité d'évaluation appréhendée comme médiation questionne et prolonge le concept de situation.

### 2.1. Premières délimitations

La consultation du site de l'encyclopédie Universalis offre une première délimitation qui sera complétée grâce aux indications fournies par le site du Centre national de ressources textuelles et lexicales. La lecture de l'ouvrage *Vocabulaire d'analyse des activités* de Barbier (2011) nous permettra d'en fixer temporairement le sens. Cet auteur, dans sa préface, cite Lalande pour illustrer ses intentions, intentions que nous souhaitons donner à cette partie :

Nous n'avons pas visé [...] à donner des *définitions constructives*, comme celles d'un système hypothético-déductif, mais des *définitions sémantiques*, propres à éclairer le sens ou les différents sens d'un terme et à écarter autant que possible les erreurs, confusions ou sophismes. Pas plus en cela qu'ailleurs, on ne peut partir de rien; quand on y prétend, on n'aboutit qu'à n'avoir pas conscience de ce dont on part. [...] On ne doit donc pas traiter ces définitions comme des principes formels, sur lesquels on a le droit de raisonner mathématiquement, mais comme des explications, où peuvent se rencontrer des répétitions de mots, quand elles ne risquent pas de laisser l'esprit dans l'indétermination. (Lalande, 1968 [1926], p. xiii)

### 2.1.1. Activité(s) :

L'encyclopédie Universalis nous indique que le terme *activité* désigne à la fois la « manifestations de vie, ensemble des actes, dynamisme » ainsi qu'une « période de fonction à un poste donné », alors que dans les domaines de la chimie et de la médecine, *activité* s'entend comme la « manifestation d'effets naturels ou infectieux. » Nous considérerons à priori l'activité dans sa première acception, soit l'ensemble des actes.

Le site du Centre national de ressources textuelles et lexicales ouvre de façon plus large l'usage du terme dans différents domaines. Ainsi, l'*activité* s'entend comme « caractère de ce qui est actif ou de l'être envisagé sous le rapport de son pouvoir ou de sa volonté d'agir; exercice ou manifestation concrète de ce pouvoir. » Dans le langage commun et au singulier, il s'agit du « déploiement actuel du pouvoir ou de la volonté d'action efficace » alors qu'au pluriel, *activités* s'entend comme « manifestations concrètes d'une activité plus ou moins programmée. »

Le terme peut prendre diverses orientations pour des usages spécifiques. Ainsi, dans le registre administratif, l'*activité* désigne la « période statutaire durant laquelle un fonctionnaire ou un militaire exerce ses fonctions. » Dans le domaine de la philosophie, le terme s'entend ainsi : « [En parlant de l'esprit humain], exercice spontané ou voulu des facultés naturelles. » Au pluriel et en science physique, ce mot désigne une sphère d'activité(s), soit « l'espace dans lequel la faculté d'agir d'un agent naturel est renfermée, hors duquel il n'a point d'action appréciable. » Au sens figuré, *activités* « se dit quelquefois du cercle, de l'étendue des entreprises, des travaux, des projets dont un homme s'occupe, pour lesquels il dirige et fait agir avec lui un certain nombre de personnes. »

En conséquence de quoi, si nous regroupons rapidement ces différentes composantes, nous pouvons entendre que l'activité contient à la fois l'ensemble des actes, leur caractère statutaire, l'exercice volontaire, et l'espace dans lequel un agent a la faculté d'agir et se mobilise. L'histoire culturelle du concept d'activité, pourtant au premier abord ordinaire, confirme sa complexité.

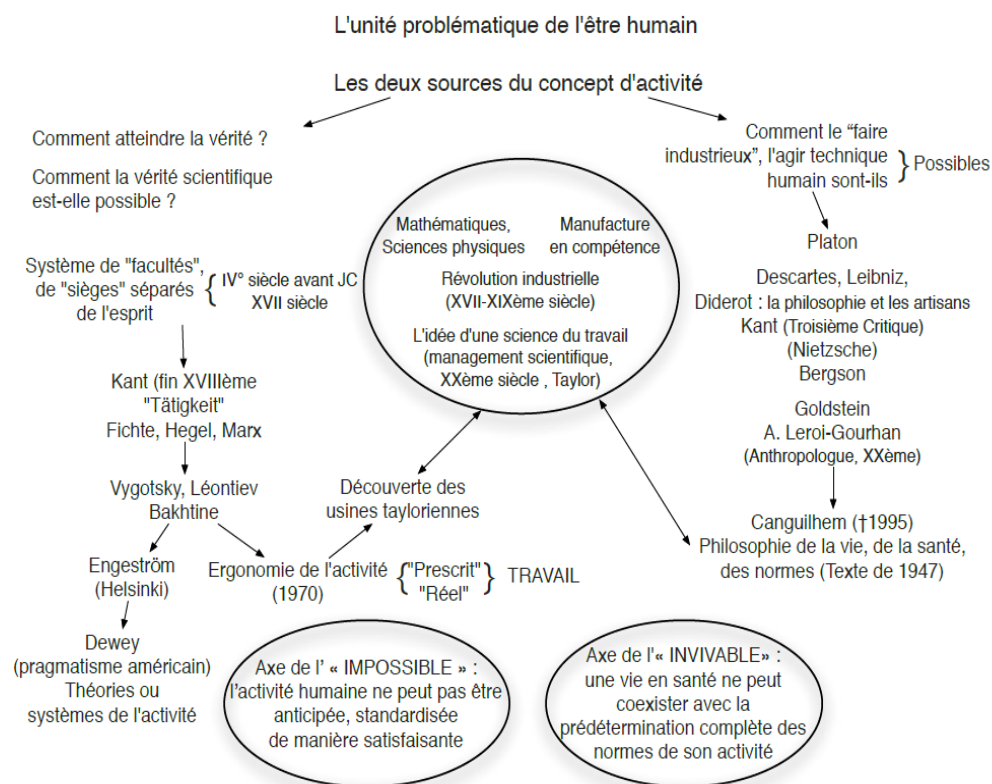


Figure 1 : Les deux sources du concept d'activité

Figure 1 : Les deux sources du concept d'activité (Tiré de Y. Schwartz, 2007, p. 123)

Nous nous retrouvons dans la partie de gauche du schéma par la question de recherche qui interroge l'activité des TS dans l'exercice de leur travail. Or, l'objet de leur activité porte sur des questions de santé et de norme, soit la partie droite du schéma. L'histoire culturelle du concept présentée par Schwartz (2007) nous rappelle que le domaine de l'activité est celui du travail, dont les finalités consistent à transformer l'environnement.

Quant à lui, Barbier distingue *activité* au singulier et *activités* au pluriel. Selon cette approche, *activité* s'entend ainsi :

L'ensemble d'un processus par et dans lequel est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental) et transformations de lui-même s'opérant dans cette occasion. (2011, p. 25)

En cela, l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est comprise comme l'ensemble d'un processus transformationnel qui ne peut être abordé en dehors d'un contexte et sans interaction :

L'activité est une transformation du monde, obligatoirement située dans un temps et dans un espace. Elle comporte de fait une dimension historique et dynamique. C'est une reconstruction. [...] Elle concerne indissociablement le sujet et son environnement. Elle est à la fois transformation du monde et transformation du sujet transformant le monde. (Barbier 2011, p. 25)

Pour aller plus loin, l'ensemble du processus transformationnel de l'activité humaine est constitué de composantes « susceptibles d'être distinguées à partir du repérage de régularités ou d'invariants dans leur processus de production et dans leur produit, et caractéristiques en termes de procès » (Barbier, 2011, p. 26). Barbier définit ses composantes d'activités (forme plurielle) précisant qu'elles

[...] entretiennent entre elles des relations d'associations mutuelles au sein de l'activité d'un même sujet. On est rarement en présence d'un seul type d'activité. Ces relations d'associations sont particulièrement manifestes dans le cas de relations entre pensées et langage, mais aussi entre pensée, langage et transformation de l'environnement physique des sujets. (2011, p. 26)

L'élément clef de compréhension pour nous est dans l'affirmation voulant qu'« on est rarement en présence d'un seul type d'activité. » Ceci fait en sorte que l'invariance des activités conduites par le TS dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

rend ces conduites disponibles dans d'autres contextes. Elles constituent des conduites transversales par lesquelles il transforme la situation et est lui-même transformé.

Nous retenons donc que l'activité vise à la transformation du monde et qu'elle est située. Nous distinguons *activité*, dans son sens générique (ici, l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée), et *activités* comme les composantes d'un processus de production fait de régularité et d'invariants, contenus dans l'évaluation, transposables à un autre type d'activité.

### **2.1.2. Situation**

Nous venons de le voir, l'activité et les activités sont dites situées du fait de l'environnement, de la référence au temps, du projet transformationnel et de l'espace concret de son effectuation. Cette situation s'entend aussi chez Schwartz quand il convoque Canguilhem (1966) dans sa référence aux normes. En effet, qu'elles soient sociales ou médicales, les normes sont, elles aussi, situées. La définition de l'encyclopédie Universalis indique que le terme *situation* renvoie à la fois à « position, emplacement, localisation » et à l'« état ou fonction de quelqu'un » ou encore à une « place stable, rémunérée ». Elle réfère également à l'« état général d'un individu, d'un groupe, d'un pays, etc. ». Dans le domaine de la finance, elle désigne « le bilan financier d'une personne, d'une entreprise ». Ici aussi, notre acception pourra être multiple. Nous évoquons la *situation* qui regroupe l'état général d'un individu (soit la perte d'autonomie de la personne âgée), ainsi que la fonction et le statut du TS et enfin, la localisation, puisque l'intervention est en soutien à domicile.



Le site internet du Centre national de ressources textuelles et lexicales précise que la *situation* est la « place, position qu'occupe une chose dans l'espace et que détermine son environnement ». Dans le langage de la construction, on parle du « plan de situation; plan qui établit l'emplacement sur le terrain des parties bâties dans le respect des contraintes fixées par les services de l'urbanisme de la commune ». Un second sens est donné, à savoir « position, posture d'une personne ou d'un animal », faisant référence à « une des dix catégories d'Aristote concernant les positions du corps humain ».

Au sens figuré, *situation* désigne premièrement l'« ensemble des conditions matérielles ou morales dans lesquelles se trouve une personne (à un moment donné, à un point donné, être à même de, avoir les qualités requises pour, personne qui arrive au bon moment) ». Toujours au sens figuré mais à un second niveau, *situation* renvoie à la « position, le rang qu'occupe la personne », à un « emploi rémunéré ». C'est aussi, dans un troisième niveau de sens, l'« ensemble des conditions politiques, économiques, sociales, militaires etc. dans les quelles un pays, une collectivité se trouvent à un moment donné », ainsi que l'« état dans lequel se trouve une chose à un moment donné de son évolution ».

Mais, le terme de *situation* peut prendre des significations plus spécifiques. En droit, il désigne les « conditions de vie dont jouit une personne, un groupe, un peuple dans une société particulière ». En économie financière, il s'agit de faire le « relevé des éléments qui composent le patrimoine d'une personne ». En linguistique, le mot *situation* désigne l'« ensemble des conditions de production de l'énoncé, extérieures à l'énoncé lui-même et influant sur la réalisation (personnalité des locuteurs, environnement, moment, etc.) ». Enfin, en philosophie, *situation* exprime l'« ensemble des relations concrètes qui

détermineront l'action de l'être humain à un moment donné de son histoire » et « dans les conditions très proches de la réalité ».

Pour structurer le présent cadre conceptuel, nous retiendrons ceci : « Présente dans de nombreux champs de recherche, notamment dans ceux qui relèvent des théories de l'action ou de l'activité, la notion de situation n'est certainement pas facile à saisir en une seule définition qui ferait rapidement consensus » (Bru et Clanet, 2011, p. 27). Ainsi, dans l'activité qui consiste à évaluer, nous explorons les activités réalisées par les TS en situation afin d'identifier les savoirs mobilisés. L'analyse de la documentation scientifique francophone nous indique que « le concept de situation est un des concepts centraux, sinon le concept central en didactique professionnelle » (Habboub, Lenoir et Tardif, 2008, p. 34). Cet élément est déterminant pour le choix des matériaux conceptuels qui s'en suit.

Nous convenons que les différents sens figurés du mot *situation* peuvent à un moment ou à un autre être utilisés dans la suite de cette recherche. Pour autant, le sens présenté en philosophie est au plus proche de ce que nous entendons par le terme de situation du point de vue du TS comme l' « ensemble des relations concrètes qui détermineront l'action de l'être humain à un moment donné de son histoire », et la situation est toujours dans le sens emprunté à la philosophie le moment de la rencontre entre le TS et la personne âgée « dans les conditions très proches de la réalité » . Du point de vue de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle, la situation s'entend volontiers comme l'« état dans lequel se trouve une chose à un moment donné de son évolution ». Ainsi, la situation peut prendre plusieurs dimensions selon le point de vue à partir duquel elle est observée. Le dernier terme à être exploré est celui de savoir.

### 2.1.3. Savoir(s) :

Selon le même traitement que les termes d'*activité(s)* et de *situation*, nous passons du sens commun donné par l'encyclopédie Universalis aux dimensions sémantiques du/des savoir(s). Premièrement, l'encyclopédie nous informe que *savoir* employé comme verbe revient à « connaître, être informé, connaître par cru, être capable de (il sait parler), pouvoir (on ne saurait tout dire), avoir conscience (il sait très bien ce qu'il fait) ». Dans la forme pronominale, quelque chose qui va *se savoir* signifie « finir par être connu ou devoir être su, être connu ». Dans sa forme nominale, le vocable *savoir* renvoie à l'ensemble des connaissances en général ou sur un sujet ». L'objet de recherche sur l'activité des TS quand ils évaluent est reliée à la fois à la forme verbale de savoir, dans le sens d'« être capable de » et à sa forme nominale comme « l'ensemble des connaissances d'un sujet ».

Le Centre national de ressources textuelles et lexicales nous indique que *le savoir* est celui de la personne ou d'un domaine; il peut être singulier ou pluriel et, dans ce dernier cas, réfère à l'étude.

Souvent au singulier, le *savoir* désigne l'« ensemble des connaissances d'une personne ou d'une collectivité acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et/ou par l'expérience<sup>31</sup>», mais aussi, dans un contexte particulier comme celui d'une profession ou d'un domaine d'intervention, l'« ensemble de connaissances acquises, d'expériences vécues dans un domaine, dans une discipline, dans une science, dans une profession. »

Toujours selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales, le mot *savoirs* au

---

<sup>31</sup> Y sont associées selon la même source les indications suivantes « Synonymes : acquis, bagage (fam.), connaissance(s), érudition, culture, science, instruction ».

pluriel désigne « ce que quelqu'un connaît par l'étude, par l'approfondissement, par la recherche », avec comme synonyme le terme « connaissances ». Ici, la nuance entre *savoir* et *savoirs* n'est pas totalement satisfaisante.

Nous retenons pour l'instant que nous traitons du savoir dans l'exercice d'une profession, donc sur quoi les TS assoient leurs décisions pour mener à bien une activité en situation. En ce sens, nous recherchons l'« ensemble de connaissances acquises, d'expériences vécues dans un domaine, dans une discipline, dans une science, dans une profession ». Il s'agit donc d'un savoir appartenant à ce collectif de professionnel dans un champ d'activité spécifique, comme le savoir qui leur est transmis en formation initiale et celui que nous nous proposons de transmettre de la pratique vers les milieux de formation.

Plus proche de notre représentation du terme, Barbier propose dans le vocabulaire d'analyse de l'activité *savoir* au singulier, indiquant qu'il s'agit d'un

Énoncé propositionnel associé de façon relativement stable à des représentations ou à des systèmes de représentations sur le monde et sa transformation, faisant l'objet d'une validation sociale se situant habituellement dans le registre épistémique (vrai/faux) ou pragmatique (efficace/inefficace). (2011, p. 118)

Nous avons souligné dans le premier chapitre que les savoirs relatifs à l'activité d'évaluation pouvaient difficilement être situés sur un plan épistémique puisque le système de représentation de l'évaluation n'est pas stable et ne fait pas l'objet d'une validation, sauf dans un niveau pragmatique. En effet, les TS évaluent au quotidien et des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle reçoivent des services à partir de leurs évaluations, ce qui valide à minima le registre de l'efficacité de leur activité. La discussion suite à la recherche et à l'analyse des résultats nous permettra de qualifier de

quels savoirs nous devons parler, retenant que Charlot (1997) distingue les savoirs, produits de l'activité scientifique, et les connaissances, produits de l'expérience ou produits incorporés des savoirs.

## **2.2. Cadre théorique**

### **2.2.1. Les théories de l'activité**

En préambule à cette partie, nous reprenons à notre compte la question de Charlot (1997, p. 63) : « Pourquoi parlons-nous d'activité plutôt que de travail ou de pratique? » L'auteur souligne la proximité entre ces trois termes, qui sont parfois considérés comme interchangeables dans le langage courant mais qu'il distingue pourtant. Ainsi, « le concept de travail porte l'attention sur la dépense d'énergie » (Charlot, 1997, p. 63), travail dont il rappelle le sens étymologique lié à l'idée de souffrance (labeur), voire de torture, quant à lui, « le concept de pratique renvoie à une action finalisée et contextualisée, confrontée en permanence à de mini variations » (Charlot, 1997, p. 63); enfin, « si nous parlons d'activité [...] c'est pour souligner qu'il s'agit d'une activité d'un sujet » (Charlot, 1997, p. 63). L'auteur conclut : « [...] n'oublions pas que cette activité se déploie dans un monde et qu'elle suppose donc du « travail » et des « pratiques » (Charlot, 1997, p. 63).

Notre cadre théorique est tourné vers les activités, que nous entendons comme situées, c'est-à-dire faisant partie du travail d'un intervenant (du SAD) réalisant une pratique (d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle). C'est à ce titre que nous concevons l'activité des TS au regard des théories de l'activité : « Lev Vygotsky est considéré comme le fondateur de la théorie de l'activité. Ses nombreux travaux ont donné naissance à différentes écoles, courants (Daniellou et Rabardel, 2005) et modèles de

l'activité (Engeström, 2000) » (Derujinsky-Laguecir, Kern et Lorino, 2011, p. 114). Engeström nous rappelle ceci : « L'idée centrale consiste à se focaliser sur l'action pratique et sur les conséquences réelles de l'action humaine » (2011, p. 171). De cette façon, les théories de l'activité observent les perturbations qui résultent de la situation, dans un contexte donné, comme les forces de développement de l'activité. L'individu, qui est acteur, mobilise ses ressources dans l'agir à partir de ces données pour mener à bien son activité sur et dans la situation.

Nous utilisons en présentation synthétique les formulations de Engeström, qui propose trois caractéristiques des théories de l'activité : « [je pense] en premier lieu au principe fondamental [consistant] à focaliser la recherche sur l'objet même de l'activité » (Engeström, 2011, p. 171). À ce titre, nous retrouvons nos objectifs de recherche centrés sur ce que fait un TS quand il évalue.

Le second principe [...] consiste à distinguer les notions d'action et d'activité : les systèmes d'activités ne sont pas juste des actions individuelles, mais ils constituent aussi des formations systémiques. Dans ce sens, ils doivent être appréhendés comme des systèmes complexes de médiations socio-culturelles, qui sont par nature collectives. (Engeström, 2011, p. 171)

Ici, en précision de cette nuance entre activité et action, l'auteur propose la distinction suivante :

Activité et action : la distinction et la dialectique entre ces deux notions sont telles que : d'une part, toute nouvelle activité ne peut émerger que quand un individu s'engage dans une nouvelle forme d'action; mais d'autre part, les actions ne peuvent généralement être comprises et expliquées sans la mise en perspective de la totalité du système d'activité. (Engeström, 2011, p. 171)

Pour finir, la troisième caractéristique des théories de l'activité

[...] concerne le rôle des contradictions dans l'Histoire et l'évolution. Encore une fois, les contradictions sont communément mentionnées et habituellement

traitées comme des problématiques importantes. Mais elles sont rarement vues comme constituant la logique fondamentale du développement. Le développement ne peut se réaliser qu'à travers des contradictions et leur résolution. Donc, les contradictions doivent être considérées comme un sujet particulièrement sérieux dans le cadre d'une analyse historique. Il n'est pas suffisant de dire : « Ici se situe le problème », ou bien : « On constate un paradoxe, appelons-le contradiction. » (Engeström, 2011, p. 172)

Notre intérêt pour l'activité des TS distingue ce qui relève de l'action individuelle des systèmes d'activités propres au collectif qu'ils constituent. Ces systèmes d'activités sont construits pour dépasser des situations s'opposant aux traitements routiniers. L'activité et l'acteur doivent de ce fait s'ajuster à la situation et constituent des savoirs de la pratique.

Les théories de l'activité se retrouvent aujourd'hui dans trois filiations de recherches distinctes :

[...] la tradition russe relevant principalement de l'ergonomie des salles de contrôle [...]; la tradition scandinave plutôt concentrée sur les champs relatifs à l'éducation et à l'innovation dans les organisations; la tradition francophone rassemblant ergonomes et psychologues du travail intéressés par les situations professionnelles [...]. (Brassac, 2007, p. 167).

C'est dans cette dernière tradition que s'inscrit la didactique professionnelle. Nous en faisons une présentation rapide ici que nous serons appelée à développer plus loin :

[La didactique professionnelle] est née d'une part à partir des objectifs et questions issus directement de la formation professionnelle où la question principale porte sur les modalités et les conditions d'acquisition et de transmission des compétences professionnelles, et d'autre part, de la rencontre entre plusieurs communautés : didacticiens, psychologues, ergonomes confrontés au même titre de problème. (Habboub, Lenoir et Tardif, 2008, p. 28)

La didactique professionnelle, dans une perspective de formation professionnelle, s'intéresse aux modalités de recueil de l'activité telle qu'elle se déroule, ce qui revient à

dire aux conditions de l'expérience, et à la transmission de la compétence en acte à partir des situations dans lesquelles les professionnels agissent.

La situation, absente dans l'ouvrage de Barbier (2011), est donc une composante centrale de la didactique professionnelle. Nous retenons alors une des définitions proposées par Mayen, pour qui la situation est

[...] une unité complexe constituée par la dynamique des relations qui s'établissent entre ses constituants au cœur desquels se trouve le sujet avec les mobiles et les buts qui finalisent son activité, les éléments matériels et les instruments qui la conditionnent, enfin, les règles et les normes qui la régulent. (2001, p. 32)

Du point de vue de la didactique professionnelle, évaluer est plus large que produire une évaluation, dans le sens de produire le document exigé par l'employeur en SAD.

À ne retenir que cet indicateur de résultat, on réduit de facto la compétence au savoir-faire, au savoir exécuter, en oubliant les modalités concrètes de réalisation de l'action. [...] Il y a donc un autre indicateur de la compétence que le résultat, c'est la stratégie mobilisée par le sujet. (Pastré, 1999, p. 404)

Il s'agit bien plus de questionner la façon de faire pour en arriver à réaliser l'activité. Si nous poursuivons notre parallèle, cela revient à questionner comment réaliser une évaluation, au titre d'activité concrète, de mise en tension entre d'une part, la tâche prescrite notamment soutenu par le cadre de référence, l'outil standardisé, et d'autre part l'activité réalisée.

Par la référence aux théories de l'activité, nous postulons que l'acte d'évaluer ne se limite pas à l'usage de l'outil d'évaluation. Nous concevons l'usage et l'intelligence de l'usage par l'acteur en activité dans une situation qui requiert parfois d'accomplir plusieurs types d'évaluation, pour ne citer qu'une seule difficulté. De plus, il est



nécessaire de distinguer les notions d'action individuelle et d'activité collective car partagée au sein d'un groupe professionnel ou entre groupes professionnels. Pour autant, les activités collectives n'excluent pas les actions individuelles.

L'activité, y compris professionnelle, peut-être routinière, mais la situation peut venir perturber cette routine. Les perturbations agissent alors comme force de développement. Elles naissent d'un écart entre l'attendu, dont le prescrit, le possible, le probable et la réalité de la situation, créant par le fait même un espace ouvert à l'évolution.

Dans l'activité évaluative, a fortiori pour un métier relationnel comme le TS, le professionnel mobilise le langage pour agir dans cet espace. Habituellement présenté comme outil de communication, Vygotski (1997/1934) considère le langage comme instrument de la pensée, comme un outil de pensée pour l'action. Les nombreux travaux de Vygotski constituent un apport majeur dans la conception particulière de l'outil. Cette notion d'outil, ou plus précisément d'instrument, développée par Vygotski (1930), repose sur deux éléments importants : le caractère sociotechnique des phénomènes psychologiques et le concept d'activité médiatisée qui postule que toute activité humaine (par opposition aux réflexes) est médiatisée par des artefacts.

### **2.2.2. Les métiers de langage**

Comme dans nombre de métiers relationnels, le langage est le support de l'échange dans l'intervention (Piot, 2011). Cette capacité relationnelle d'écoute et de parole est fortement revendiquée comme compétence et fondement de l'intervention, notamment en travail social (Hébrard, 2011). Considérant le langage comme instrument de la pensée, il est en premier lieu un outil de pensée pour l'action et « la logique de l'action

précède la logique de la pensée » (Vygotski, 1997/1934, p. 129). Vygotski distingue deux formes de langage : l'un, dit intérieur, et l'autre, appelé communicationnel. Le langage intérieur témoigne de la pensée qui dirige l'action. Ce mouvement est manifeste dans une situation fait obstacle au déroulement routinier de l'activité, dans laquelle nous nous questionnons pour pouvoir continuer à agir. Le langage intérieur sert d'indicateur de la prise de conscience de l'activité, soit de « la tentative de saisir dans les mots une situation, de trouver une issue, de prévoir l'action suivante » (Vygotski, 1997/1934, p. 97). Cette forme de langage se révèle peu accessible spontanément car elle n'est pas destinée à autrui; c'est un langage de soi à soi, saisissant des raccourcis par l'utilisation de stratégies implicites qu'il n'y a pas lieu de devoir clarifier puisque le langage est pour soi-même. C'est dans cette compréhension qu'il faut entendre que « le travail ne serait pas la simple mise en œuvre d'une panoplie d'aptitudes ou de procédures mais un dialogue entre l'opérateur et son environnement » (Tourmen, 2008, p. 56), ce que nous désignons comme situation.

Dans sa seconde forme, le langage est dit communicationnel car ses intentions sont tendues vers autrui. Il est un « moyen d'expression et de compréhension » (Vygotski, 1997/1934, p. 56) qui est propre au genre humain. Dans son intervention, le TS va *avec* les mots rechercher l'expression de la personne. Et c'est *par* ces mêmes mots, dont le sens sera à minima partagé, que le TS et la personne âgée (et son entourage) pourront se comprendre. En écrivant « *avec* les mots et *par* les mots », nous signifions que « la communication suppose donc nécessairement la généralisation et le développement de la signification du mot » (*Ibid.*, p. 58), qui sont les finalités communicationnelles. Cette signification partagée permet la compréhension et l'échange entre les membres d'une

même collectivité (que nous supposons familiale, sociale ou professionnelle) et entre les générations qui constituent cette même collectivité. Elle est essentielle dans l'activité d'évaluation comme espace de questionnement, d'expression et de reconnaissance de la perte d'autonomie de la personne.

Ils [les métiers relationnels] requièrent, comme le soulignent Pastré, Mayen et Vergnaud (2006), d'articuler deux registres de compétences : l'un sur l'objet de travail (maîtrise des contenus des programmes d'enseignement ou de formation, gestes techniques de soin...). [...] L'autre registre concerne les compétences communicationnelles et relationnelles : il s'agit avec l'instrument qu'est le langage d'interagir avec autrui, de réguler cette interaction finalisée par le service à rendre en prenant en compte la logique d'altérité et de singularité de chaque situation. (Piot, 2011, p. 4)

Le langage est donc un outil à la disposition des professionnels. Parmi les mots qu'il possède, le TS va devoir faire des choix pour dire l'issue de son raisonnement clinique, sachant qu'il doit se faire comprendre dans une perspective de communication avec autrui en partie structurée par le langage professionnel (référentiel) et organisationnel (SAD), institutionnel (OEMC). En effet, les mots en usage dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont orientés par l'OEMC. La forme hyperprotocolarisée de communication qu'est l'OEMC et ses résultats s'inscrivent dans cette seconde forme mais selon une configuration très particulière, celle d'un interlangage liant divers acteurs d'horizons multiples (professionnels de diverses disciplines, gestionnaires, usagers, évaluateurs externes, etc.). Dès lors, la présence des conditions externes (la rencontre clinique qui se déroule dans l'intervention) et l'établissement mécanique d'une liaison entre les mots et les objets (soit les mots de l'autonomie et les indicateurs de la perte d'autonomie fonctionnelle, y compris ceux soutenus par un outil) ne suffisent pas à faire émerger l'activité d'évaluation des TS.

La représentation du but à atteindre, du problème que l'activité vise à résoudre, est en ce sens, déterminante. Autrement écrit, c'est une représentation conceptuelle de l'activité d'évaluation qui doit être menée, combinant l'analyse des traces objectivées de l'évaluation (OEMC, notes évolutives, etc.) et les opérations mentales, le langage intérieur, qui auront présidé à la production de l'évaluation. L'ouvrage de Charlot, intitulé *Du rapport au savoir*, nous éclaire sur l'enjeu de ce passage du langage intérieur au langage communicationnel : « est signifiant [...] ce qui est communicable et peut être compris dans un échange avec d'autres. Bref, le sens est produit par une mise en relation à l'intérieur d'un système ou dans les rapports avec le monde ou avec les autres » (1997, p. 64). Nous faisons ici le lien avec les conditions fonctionnelles de l'apparition des concepts en réponse ou réaction à un problème ou à un besoin. Ces concepts naissent dans l'activité de pensée : « Ils se construisent en liaison avec la compréhension et la communication, en liaison avec l'exécution d'une tâche, d'une directive qu'il est impossible [d'atteindre] sans la formation du concept » (Vygotski, 1997/1934, p. 192). La formation des concepts est un processus médiatisé : la pensée conceptuelle ne peut se faire sans la pensée verbale et « le mot prend un sens symbolique qui va de la pratique vers l'abstraction » (*Ibid.*, p. 199). L'outil d'évaluation et ses conditions d'usage sont donc dans cette perspective l'un des vecteurs de cette médiation puisque la situation est interrogée avec les mots de l'outil d'évaluation.

Ainsi, la situation clinique devient perte d'autonomie fonctionnelle par et dans son énonciation structurée par l'outil, qui est mobilisé avec d'autres matériaux (l'évaluation fonctionnelle plus ou moins implicite) qui résultent de l'activité globale d'évaluation. Cela fait en sorte qu'avant l'évaluation, la situation de la personne peut être qualifiée de

complexe, grave ou critique, compte tenu des traits multiples et enchevêtrés qui la constituent sans pour autant la construire en tant que perte d'autonomie fonctionnelle. Par contre, au terme de l'évaluation, l'énonciation de ce sur quoi il est (ou serait) nécessaire d'agir comme levier afin de soutenir la personne âgée dans son projet par exemple de maintien à domicile, identifie, qualifie et catégorise la nature des besoins et du soutien nécessaire. Par le langage, la personne passe d'une conception quotidienne de sa situation à une conceptualisation de sa perte d'autonomie. Nous comprenons alors l'activité d'évaluation comme conceptualisation de la perte d'autonomie :

Le concept apparaît lorsqu'une série de traits distinctifs qui ont été abstraits est soumise à une nouvelle synthèse et que la synthèse abstraite ainsi devient la forme fondamentale de la pensée, permettant à l'enfant<sup>32</sup> de saisir la réalité qui l'environne et de lui donner un sens [...] le rôle décisif incombe au mot. (*Ibid.*, p. 258)

La situation qui doit être évaluée rassemble, dans l'intimité du domicile, le TS et la personne âgée concernée, possiblement son entourage. Le problème n'est jamais donné, il doit être construit. L'intervenant interroge du regard le quotidien et questionne de la voix, la personne. Nous pouvons donc convenir que les protagonistes, soit le TS et la personne âgée, se rencontrent autour d'un argument qui a légitimé la demande de service. Ce questionnement multidimensionnel emprunte la voie du langage par lequel l'intervenant ouvre différentes sphères de la vie de la personne. Il s'agit d'un dialogue soutenu au cours duquel l'intervenant utilise des mots chargés de sens. Il est acquis que le sens des mots de l'évaluation est un vocabulaire ou un registre de vocabulaire construit par l'instrument que le TS utilise (OEMC). Il est aussi acquis que le TS donne

---

<sup>32</sup> Les travaux de Vygotski portent sur les enfants et les adultes ayant une déficience, principalement mentale. Ceci n'en fait pas moins une référence, y compris pour les théories analysant l'activité dans le travail, donc dans le monde adulte.

lui-même un sens à ces mots, dont la signification est possiblement partagée dans son groupe professionnel, entre les autres professionnels du SAD ainsi que dans l'organisation d'appartenance.

Mais, pour entrer en dialogue, l'intervenant doit s'assurer de la compréhension par son interlocuteur (personne âgée ou entourage) de ce mot. La dimension dialogique suppose donc l'adressivité, soit le fait de s'adresser à autrui pour en être compris, et la vérification de cette compréhension puisque « tout énoncé suppose la compréhension responsive positive » (Saussez, 2010, p. 189). C'est à ces conditions que l'intervention est dialogique et qu'elle permet de saisir les valeurs, les tensions, les enjeux présents dans la situation.

Ces investigations donnent lieu à un dialogue où la réalité (la perception du réel de la personne par la personne) sera interrogée (par le TS) pour en coconstruire une vision partagée. Ce mouvement consiste en une problématisation de la situation de la personne. Les théories de l'activité soutiennent que « la production d'un texte verbal ne peut être conçue, selon Bakhtine (1984), comme résultant d'une activité individuelle » (Saussez, 2010, p. 188). C'est d'ailleurs un progrès sémantique significatif que d'avoir repoussé aux situations extrêmes le terme « enquête » du vocabulaire de l'intervention du TS, l'enquête excluant cette dimension dialogique. Pour cette raison, la personne âgée est la condition première de l'activité d'évaluation puisqu'elle doit d'être partie prenante du dialogue.

Le TS sera reconnu par la personne âgée pour sa compréhension, pratiquement au sens premier du terme, de la situation. Dans cette intervention, « l'autre est la condition

nécessaire à la construction et au développement du sujet. Autrement dit, en dehors du rapport à autrui, il n'y a pas de sujet. Il n'existe pas de sujet en soi » (Saussez, 2010, p. 185). Ainsi, la problématisation de la situation de l'autonomie fonctionnelle par l'activité évaluative du TS, par les mots et les sens de ces mots à minima partagés, est une coconstruction parce que la relation est dialogique et située. Dans cette activité, « l'autre n'est pas réduit au silence à force d'argumentaires » (Lenoir, 2014, p. 214). Toutefois, ceci n'empêche pas l'existence de rapports de pouvoir.

Dans cette rencontre dialogique, il serait donc illusoire de faire abstraction de la différence des positions sociales des interlocuteurs en présence, de fait inégales. Or, pour la prise en compte de la parole d'autrui, Lenoir (2014, p. 115) nous invite avec Gagnepain (1994) à concevoir cette rencontre « non pas [comme] un contrat avec l'autre en tant qu'il est mon égal mais l'autre en tant qu'il est celui pour qui j'agis. » Cette conscience de l'asymétrie de la position dans l'intervention vis-à-vis de la situation d'évaluation, de même que la conscience de l'activité dirigée vers autrui, conduisent à considérer le raisonnement éthique dans l'activité évaluative.

La rencontre et la relation TS/Personne âgée est ici conçue comme une interaction se déployant dans le cadre d'une relation sociale. L'imposition qui s'y joue est double : la personne âgée doit être évaluée pour faire reconnaître sa demande et accéder à des services et le TS doit évaluer dans le respect des procédures (OEMC, SAD, OTSTCFQ, etc.) la situation pour émettre ses conclusions et prévoir la suite. L'évaluation n'est donc pas une fin en soi, elle procède du raisonnement clinique qui appelle à l'issue du processus mis en œuvre à agir. Elle positionne le TS comme intermédiaire dans la situation. En effet, ayant la légitimité professionnelle et institutionnelle d'intervenir au

chapitre des politiques publiques, le TS est l'interlocuteur auprès de la personne âgée, tout comme il devient l'interlocuteur de la personne âgée devant les représentants de ces mêmes politiques publiques, ce que Couturier (2006) appelle la dimension bivalente de l'intervention.

### 2.2.3. Vers la didactique professionnelle

Comme les objectifs le stipulent, notre intérêt est de décrire et de rendre disponibles certains savoirs de l'activité d'évaluation pour la formation en TS. Nous faisons le choix d'engager les théories de l'activité vers la didactique professionnelle, qui propose l'analyse de l'activité professionnelle pour formuler des savoirs destinés à la formation (Samurçay et Pastré, 2004).

La didactique professionnelle a pour but d'analyser le travail en vue de la formation des compétences. À l'origine de cette démarche, on trouve la rencontre de deux courants : la psychologie du travail (Faverge, Leplat) a mis en évidence la dimension cognitive existant dans tout travail. La psychologie du développement (Piaget, Vygotski, Vergnaud) insiste sur le rôle de la conceptualisation dans l'action. (Pastré, 2002, p. 9)<sup>33</sup>

La didactique professionnelle était initialement tournée vers la formation professionnelle continue des adultes, éventuellement en reclassement professionnel et dans les domaines industriels (Pastré, 1992; 2002; Samurçay et Pastré, 1995) :

[...] à partir des objectifs et questions issus directement de la formation professionnelle où la question principale porte sur les modalités et les conditions d'acquisition et de transmission des compétences professionnelles, et d'autre

---

<sup>33</sup> Je [Pastré] voudrais mentionner un troisième auteur, très proche de la démarche de didactique professionnelle : Savoyant (1979). Il s'est beaucoup inspiré de la psychologie soviétique du travail. Ce que je voudrais retenir de Savoyant, c'est l'utilisation qu'il fait d'une théorie de Galpérine, qui distingue dans l'action trois types d'opérations : les opérations d'exécution, de contrôle et d'orientation. Tout travail implique ces trois types d'opérations. Les deux premières, exécution et contrôle, sont bien visibles et ont peu de chances d'échapper à l'analyse. Par contre, la troisième, l'orientation, est peu visible; et pourtant, d'après l'auteur, elle constitue le noyau central de la compétence. Elle consiste, pour un opérateur, à repérer les traits de la situation qui vont servir à guider son action : c'est la partie proprement cognitive de l'activité professionnelle. (Pastré, 2002, p.10)



part, de la rencontre entre plusieurs communautés : didacticiens, psychologues et ergonomes confrontés aux mêmes types de problèmes. (Samurçay et Pastré, 1998, p. 119)

Elle en vient progressivement à analyser les activités « qui consistent à agir sur et avec autrui » (Pastré, 2011, p. 5), mouvement dans lequel nous inscrivons le présent cadre théorique.

Le projet de la didactique professionnelle se place dans la perspective langagière que nous avons évoquée précédemment et qui se fonde sur l'énonciation subjective des savoirs professionnels. Elle pose comme hypothèse que l'activité humaine est organisée sous forme de schèmes, dont le noyau central est constitué de concepts pragmatiques. En didactique professionnelle :

Un schème est une totalité dynamique fonctionnelle et une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations. Un schème comporte quatre catégories distinctes de composantes :

- Un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations;
- Des règles d'action, de prise d'information et de contrôle;
- Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte);
- Des possibilités d'inférence. (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006, p. 152)

Dans la même ligne de pensée, Vidal-Gomel et Rogalski définissent ainsi les concepts pragmatiques :

Les concepts pragmatiques ont une double face [...] : ce sont des invariants opératoires qui structurent l'activité en permettant un couplage fort entre prise d'information et opérations exécutées; ce sont des invariants conceptuels qui permettent aux représentations de « se structurer en mettant l'accent sur les relations essentielles existant entre les variables de la situation (Samurçay et Pastré, 1995, p. 16). » (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 51)

Il s'agit de comprendre notamment grâce aux traces de l'activité dans une situation réelle de travail ce que nous désignons ici comme certains savoirs de l'activité pour les rendre accessibles et transmissibles, ce qui s'inscrit dans les finalités de la didactique professionnelle (Pastré, Vergnaud et Mayen, 2006). Nous considérons que l'activité réalisée, réussie et reproduite par un professionnel suppose l'expertise de la réalisation et la capacité à reproduire cette expertise. En cela, les traces de l'activité peuvent donner accès aux savoirs implicites mobilisés dans l'action, que nous souhaitons exprimer sous une forme explicite.

Les savoirs ne sont donc pas des « a priori » indépendants de l'activité, ils y sont logés, imbriqués aux pourtours de la situation dans laquelle l'intervention évaluative se déploie. Cela implique de voir comment la situation est spécifiquement appréhendée en didactique professionnelle et d'approfondir l'ébauche proposée plus haut (section 2.1.2)

Nous rappelons la définition que donne Mayen du mot *situation* :

Une unité complexe constituée par la dynamique des relations qui s'établissement entre ses constituants au cœur desquels se trouve le sujet avec les mobiles et les buts qui finalisent son activité, les éléments matériels et les instruments qui la conditionnent, enfin, les règles et les normes qui la régulent. (Mayen, 2001, p. 32)

Partant, le concept de situation est un des mots clef de la didactique professionnelle.

« La structure conceptuelle de la situation est organisée autour de l'action à conduire et repose sur l'élaboration du diagnostic de la situation » (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 52). Elle « est composée de trois éléments principaux », éléments qui ont été proposés par Pastré en 2005 :

- des concepts organisateurs de l'activité, qui sont les dimensions, extraites du réel dans sa globalité, qui permettent de fonder le diagnostic de la situation;

- des indicateurs, qui sont des observables, naturels ou instrumentés, qui permettent pour une situation donnée d'identifier la valeur que prennent les concepts organisateurs. L'équivalent d'une relation signifiant-signifié relie les indicateurs aux concepts;
- des classes de situations, qui permettent d'orienter l'action en fonction du diagnostic effectué, et qui découlent des valeurs prises par les concepts organisateurs. (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 52-53)

Malgré les précédentes indications, le concept de situation est difficile à manier. Nous proposons de revenir à son sens premier (Lenoir et Tupin, 2011) ainsi qu'à ceux donnés par les auteurs de références spécifiquement pour la didactique professionnelle, soit Pastré, Mayen et Vergnaud (2006), pour en explorer les attributs. Nous avons soutenu avec Bru et Clanet que « la notion de situation n'est certainement pas facile à saisir en une seule définition qui ferait rapidement consensus » (2011, p. 27). Dans l'analyse de la documentation scientifique francophone, « le concept de situation est un des concepts centraux, sinon le concept central en didactique professionnelle » (Habboub, Lenoir et Tardif, 2008, p. 34). Nous proposons de voir comment les auteurs de référence identifiés, soit Mayen, Pastré et Vergnaud, délimitent et font évoluer le concept de situation. « Dans la perspective adoptée par la didactique professionnelle, l'apport de Vergnaud est central » (Habboub, Lenoir et Tardif, 2008, p. 34). Pour Vergnaud, le concept de situation s'affirme dans l'action : « au début est l'action, ou mieux encore l'activité adaptative d'un être à son environnement » (1996, p. 275). Pour sa part, « Mayen (2004) [...] propose de caractériser la situation à partir de trois dimensions : la diversité, la variabilité et l'extensivité » (Bru et Clanet, 2011, p. 30). Ces auteurs concluent que Mayen centre son intérêt sur le couple activité-situation : « Avec les artefacts, les humains médiateurs des objets culturels sont, de façons diverses, présents dans la situation. La référence [chez Mayen] aux travaux de Vygotski est claire. » (Bru

et Clanet, 2011, p. 30). Mayen réintroduit néanmoins le sujet en considérant la « situation professionnelle (en tant qu'environnement) comme ce à quoi les personnes professionnelles ou futurs professionnels ont affaire, ce avec quoi ils ont à faire, ce avec quoi ils ont à se débrouiller » (Mayen, 2012, p. 64). De son côté, Pastré émet le point de vue suivant :

La situation n'est pas seulement un ensemble d'objets et de relations entre les objets, à partir desquels on pourra poser le problème à résoudre. Une situation, c'est aussi des acteurs, des enjeux entre ces acteurs, une inscription dans un lieu, qui en fait quelque chose d'absolument singulier et concret, appartenant au réel et non pas à un modèle idéal. C'est une temporalité, jalonnée par des événements qui s'enchaînent. (1999, p. 409)

Dans cette définition, l'auteur fait du problème à résoudre l'observatoire de la situation avec ses contingences matérielles. Le sujet y est explicitement un acteur, singulier et collectif, qui agit. La contingence est renforcée par la temporalité et par la nécessité pragmatique de produire un compromis avec le réel. L'auteur de poursuivre en affirmant qu'il n'y a pas d'activité que ne fasse appel à la situation. Il postule même l'existence d'une généralisation à partir de la singularité de la situation pour en permettre la didactisation. Le sens de la situation est alors donné par le sujet, comme elle en constitue un espace d'apprentissage pour lui. Pastré renforce cette proposition :

Toute activité se déploie en situation :

1/ Une situation, quelle qu'elle soit, est toujours singulière, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne porte pas en elle une part de généralisation potentielle.

2/ Une situation est événementielle, en ce sens que la dimension de temporalité lui est essentielle.

3/ Une situation est expérientielle, en ce sens qu'elle ne trouve sa véritable assise que par le sens que lui donne le sujet qui est confronté à elle. Il faudrait ajouter qu'une situation est bien souvent une occasion d'apprendre. (2011, p. 12)

Les finalités de la didactique professionnelle font de l'apprentissage un point central, ce qui nécessite de comprendre l'acquisition et la transmission des savoirs et compétences professionnels. Dans la situation, le professionnel intervient en ayant des intentions de transformation liées au sens premier que nous avons donné à l'activité, sens qui est renforcé par l'apport de Couturier (2006) quand il explore le sens de l'intervention dans les pratiques professionnelles des TS et des infirmières.

La situation vient aussi transformer le sujet agissant. Ainsi, nous devons considérer que « la situation (la part de réel à laquelle un sujet est confronté) entraîne une transformation du sujet, ce qu'on peut traduire par une « construction », un développement de son expérience et de sa compétence » (Pastré, 2011, p. 12). Cette transformation du sujet par la situation constitue « la part du réel à laquelle le sujet est confronté » (Pastré, 2011, p. 12). Nous entendons que le professionnel saisira une réalité<sup>34</sup>, c'est-à-dire une partie du concret de la situation dans laquelle il est acteur, situation qu'il souhaite transformer mais qui le transforme en même temps dans un mouvement de double médiation. D'autre part, l'expression « le sujet est confronté » (Pastré, 2011, p. 12) laisse penser que la situation résiste, que les diverses composantes de sa réalité ne se livrent pas facilement au sujet, de sorte « qu'il n'y a de véritable apprentissage par les situations que lorsque celles-ci comportent un problème à résoudre, voire à construire (Pastré, 2011, p. 12).

---

<sup>34</sup> « L'interaction entre l'acteur et la situation est dissymétrique en ce sens qu'un acteur n'agit qu'avec les dimensions de la situation qui sont pertinentes pour lui. [...] la situation impose des contraintes, mais elle ne détermine pas l'activité. Celle-ci n'est pas une réponse à une situation déterminée, mais le produit d'un couplage entre ce qu'apporte la situation et ce que le sujet en fait » (Pastré, 2011, p. 14).

Nous pouvons retenir que, pour Pastré, l'axe conceptuel le plus important est « situation-activité et interaction » (Bru et Clanet, 2011, p. 31), axe à partir duquel il propose le concept de structure conceptuelle.

J'ai appelé «structure conceptuelle d'une situation » l'ensemble des concepts pragmatiques<sup>35</sup> ou pragmatisés qui permettent de guider une action étant donné le but qu'on s'est donné. Une structure conceptuelle est composée de trois éléments : les concepts organisateurs de l'action; des indicateurs, qui sont des observables et permettent de déterminer quelle valeur prennent les concepts organisateurs; les principales classes de situations, qui correspondent à chacune des valeurs prises par les concepts et qui nécessitent chacune une conduite spécifique. (Pastré, 2011, p. 16)

Afin de synthétiser cette définition, Bru et Clanet (2011) proposent de considérer qu'une « situation est unique, spécifique et contingente, toutefois elle appartient à une classe de situations avec lesquelles elle partage des éléments d'une même configuration (Pastré parle de « structure conceptuelle d'une situation ») » (p. 31).

Habboub (2005) fait la synthèse des éléments définissant la situation dans l'optique de la didactique professionnelle. Nous reproduisons ici sa synthèse en soulignant les attributs de la situation.

---

<sup>35</sup> Sachant que, pour Pastré, tous les concepts qui orientent l'action ne sont pas des concepts pragmatiques (construits dans l'action) mais peuvent être d'origine scientifique et technique.

TABLEAU 5: LES ATTRIBUTS DE LA SITUATION EN DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE (TIRÉ DE HABBOUB, 2005, P. 183)

Une situation	
Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est un objet complexe</li> <li>- Est comme l'environnement des choses</li> <li>- Est constituée d'acteurs, d'enjeux, d'objets ou des systèmes d'objets qui forment un environnement</li> </ul>
Utilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donne sens à la pratique et constitue son contexte</li> <li>- Constitue à la fois le support, le lieu d'émergence et ce qui donne sens au problème à traiter</li> <li>- Permet de confronter le sujet à trois choses : la complexité, l'incertitude, l'interactivité</li> </ul>
Attributs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est à la fois unique, spécifique et marquée par la contingence</li> <li>- Est caractérisée par sa diversité, sa variabilité et son extensivité</li> <li>- Est donnée en même temps qu'elle est créée par l'activité des sujets</li> <li>- Ses composantes ne sont ainsi jamais tout à fait définissables par avance</li> <li>- Son analyse est aussi sa construction</li> <li>- Le conceptuel dans les situations, ce sont les schèmes</li> </ul>
Types	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La situation didactique, la situation professionnelle, la situation a-didactique, la situation de travail, la situation d'évaluation, la situation critique, la situation limite, la situation dynamique, la situation potentielle de développement, la situation-problème, la situation de formation par alternance, la situation de simulation</li> </ul>
Conditions	<p>Il est nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De distinguer le moment d'engagement par le sujet dans la situation et le moment de la maîtrise de celle-ci en la transformant en problème à résoudre</li> <li>- D'identifier ce qu'il faut introduire dans les situations pour que le sujet manipule les mêmes objets et subisse les mêmes contraintes que dans les situations réelles</li> <li>- De gérer la complexité de la situation de manière à ce que le sujet soit toujours en situation de résolution de problème</li> <li>- De présenter une gamme de situation, de manière à ce que le sujet puisse partir de ce qu'il sait faire et soit obligé à un moment donné de réorganiser sa présentation.</li> </ul>

S'agissant des questions telles que nous nous les posons<sup>36</sup> dans l'activité des professionnels TS à propos de la pratique de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, plusieurs parallèles avec les attributs accordés à la situation peuvent être mis en relation.

<sup>36</sup>Pour reprendre Pastré, « l'analyse de l'activité en vue du développement de cette même activité » (2011, p. 12).

L'évaluation doit être efficace dans son déroulement comme dans ses conclusions et elle se doit d'être pertinente pour le bénéficiaire, l'institution et le réseau de la santé et de services sociaux ainsi que pour le professionnel qui agit. Ainsi, les six attributs accordés à la situation par Habboub (voir tableau ci-dessus) peuvent être repris. Selon nous, les quatre premiers attributs sont particulièrement présents dans le raisonnement clinique présidant à toute évaluation, soit :

- 1° Est à la fois unique, spécifique et marquée par la contingence;
- 2° Est caractérisée par sa diversité, sa variabilité et son extensivité;
- 3° Est donnée en même temps qu'elle est créée par l'activité des sujets;
- 4° Ses composantes ne sont ainsi jamais tout à fait définissables par avance.

Force est de constater que *situation* est un « vocable [qui] a atteint le statut de concept [par] sa présence et la pertinence de sa mobilisation [...] » passant d'« être placé dans un lieu » (Lenoir et Tupin, 2001, p. 4), comme représentation spatiale, à un « ensemble des relations concrètes qui a un moment donné unissent le sujet à son milieu » (Lenoir et Tupin, 2011, p. 5), comme représentation spatiale et temporelle d'interactions. Si son entrée dans le champ de la sociologie est attribuée à Thomas (1923) par ses publications avec Znaniecki (1918-1920) sur les migrants polonais, le concept de situation gagne ses lettres de noblesse dans l'interactionnisme symbolique, qui réhabilite le sujet « dans son interaction avec autrui » (Lenoir et Tupin, 2011, p. 5). La sociologie de l'éducation, champ disciplinaire des auteurs précités, les conduit à différencier contexte et situation, le contexte s'apparente à des structures externes qui orientent la situation, celle-ci étant entendue comme « micro-contexte situationnel » (Lenoir et Tupin, 2011, p. 6). Ainsi, la situation est vue



[...] comme la résultante des rapports dialectiques entre « l'ici et maintenant » de la classe -- habitée par la micro-société constituée par l'enseignant et les apprenants -- et « les différents cercles contextuels » qui marquent de leur empreinte les conditions d'expression du sens pratique qui relèvent d'une hybridation entre habitus individuel, habitus de classe et habitus professionnel. (Lenoir et Tupin, 2011, p. 6)

Dans notre recherche, « l'ici et maintenant » désigne selon nous l'espace où se déroule l'activité, « habité par la microsociété constituée » par le TS et la personne âgée, possiblement son entourage. L'espace où se déroule l'activité constitue une sorte de huis clos de l'intervention sociale, celle-ci incluant l'intervention éducative. De plus, la polysémie et la polyphonie de la notion d'intervention<sup>37</sup>, comme le précise Couturier (2005), nous apparaissent communes à ces deux termes.

En référence aux théories de l'activité, entre situation et activité, apparaît un niveau intermédiaire, le contexte. L'activité et la situation sont toujours considérées comme en dialogue et imbriquées avec « ce qui les entoure » du point de vue social et politique, pour ne reprendre que deux des attributs du contexte. Pour nous, le contexte s'apparente à l'organisation du CSSS par et dans lequel le TS intervient. Cette organisation formule un mandat qui cadre la légitimité de l'intervention du professionnel.

En effet, l'enseignant et le TS ont un mandat général qui leur est confié par les pouvoirs publics. De l'extérieur, il nous semble que l'enseignant dispose du mandat général de socialisation-instruction-qualification et rarement d'autres mandats, sauf par exemple pour le cas des enseignants du système pénitentiaire, où la prison impose des zones de contraintes qui se superposent à celles de la classe. Dans l'intervention des TS, le

---

<sup>37</sup> L'intervention éducative et l'intervention des travailleurs sociaux sont entendues ici comme des interventions sociales par les finalités qu'elles poursuivent. L'intervention éducative dépasse la fonction d'instruction par la médiation cognitive et sociale, médiation que nous rencontrons dans l'intervention des TS, qui elle-même n'est pas réductible dans notre acception à la fonction distributive de services.

mandat est intermédiaire entre la situation, que nous désignerons plus loin de clinique, et le contexte délimité par les différentes sphères institutionnelles et les politiques sociales. Le TS intervient avec un mandat de prévention jeunesse, de santé mentale ou encore de soutien à domicile. Comme nous l'avons annoncé plus haut, le mandat pourrait être une zone intermédiaire car il contient et dépasse la situation. Inversement, le mandat serait la sphère la plus proche du contexte vers la situation. Pour autant, ce mandat nous semble prégnant dans l'intervention des TS puisqu'il oriente l'intervention et qu'il est en partie incarné dans l'OEMC.

### **2.3. Le concept de médiation**

Le terme de médiation en travail social est utilisé comme modalité d'intervention (une médiation familiale, une médiation de quartier). Elle vise alors « l'atteinte d'objectifs transformationnels précis, qu'il s'agisse d'une résolution de conflits ou encore d'un rétablissement du lien entre des personnes ou des institutions » (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009b, p. 32), et les auteurs de constater qu'elle y est entendue « principalement comme modalité de négociation et de résolution de conflits » (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009b, p. 33). Il s'agit alors d'une conception instrumentale de la médiation, c'est-à-dire « comme moyen de négociation faisant appel à des techniques et poursuivant l'atteinte d'objectifs déterminés » (Lenoir, 2008, [s. p]). Or, en référence à Six (1990), « il peut [...] y avoir médiation sans l'existence d'une situation conflictuelle » (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009b, p. 34), la médiation pouvant, devant se réaliser avant l'apparition d'un conflit. Elle « vise ici à remettre en lien, à rétablir la communication entre deux parties, sinon en conflit, du moins en tension, et ce processus se réalise grâce à l'intervention d'une tierce partie » (Chouinard, Couturier et

Lenoir, 2009b, p. 34). Il s'agit alors de la seconde conception de la médiation, qui est entendue comme « centrée sur la dynamique des individus dans leurs rapports sociaux et ayant pour objet la réalisation de l'être humain en société » (Lenoir, 2008, [s. p]).

Nous faisons clairement une nuance entre tension et conflit, le conflit étant la forme d'expression des tensions. En d'autres termes, des tensions peuvent exister entre deux personnes (l'aidant-la personne âgée) sans pour autant qu'elles se manifestent (agressivité verbale ou physique, désengagement de l'aidant, etc.). Et, quand les tensions s'expriment et s'incarnent, elles sont alors devenues conflit. La médiation dialectique inscrit l'intervention sociale dans un processus proactif alors que la médiation instrumentale la condamne à la réactivité.

Pour ce faire, comme dit précédemment, la médiation dialectique appelle l'intervention d'un tiers, pour nous le TS. Cette conception est en cohésion avec les valeurs de la profession, tournées vers l'émancipation des individus et des groupes. Dans la conceptualisation de Lenoir, la médiation dialectique est la rencontre du sujet, de l'objet et du tiers médiateur. Elle est un processus par lequel le sujet est amené à se distancier de l'objet (objet de tension dans notre compréhension) pour construire une objectivation. Ce mouvement d'objectivation interne au sujet est rendu possible par le médiateur qui opère alors une médiation externe. Plus précisément :

Lenoir [...] s'inscrit dans une vision dialectique de la médiation et avance que le travail d'émancipation propre à la médiation s'apparente à un processus d'objectivation du réel qui se réalise à deux niveaux. D'abord, la médiation opère en créant une rupture entre un sujet et un objet. La distance ainsi occasionnée doit ensuite être comblée par le recours à un système objectivant de régulation, soit une médiation. Cette dernière comporte donc une dimension interne et une dimension externe. Lenoir précise que la médiation interne est partie intégrante du rapport liant le sujet à l'objet en ce qu'elle constitue une « modalité dans la

détermination de la structure de l'objet comme intermédiaire constitutif du sujet et de l'objet » (1996 : 22). Cela renvoie encore au fait que l'humain n'appréhende jamais la réalité en tant que telle, sans l'intermédiaire d'un outil de médiation, de sorte que toute appropriation d'un objet n'est en réalité qu'une « construction conceptuelle qui opère dans le sujet comme représentation mentale identique de l'objet » (Ibid. : 23). La médiation permet la détermination, dans l'esprit de l'individu, de la réalité objectivée. Cet élément conduit à la deuxième dimension de la médiation, la dimension externe, qui amène à « construire le sens de l'action cognitive du sujet » (Ibid. : 24). Par sa position extérieure, cette seconde médiation est porteuse des caractéristiques de certains éléments de la culture du sujet, notamment des normes sociales ou des idéologies. Dans cette perspective, Lenoir mentionne que la médiation est une fonction sociale visant à guider le sujet à saisir et décoder les signaux de son monde social. (Chouinard, Couturier et Lenoir, 2009b, p. 34)

Lenoir, Larose, Deaudelin, Kalubi et Roy (2002) analysent l'intervention éducative à partir de ce concept de médiation comme le « rapport entre les dimensions didactiques (rapport au savoir, aux savoirs et de savoirs), les dimensions psychopédagogiques (rapport au sujet), les dimensions organisationnelles (gestion de la classe) et les dimensions institutionnelles et sociales (rapport au contexte) (p. 14).

Le parallèle que nous établissons entre intervention éducative et intervention sociale a été fait par Larose *et al.* (2013); les deux formes d'intervention ont pour finalité une intention de transformation et sont reconnues légitimes à intervenir dans une situation donnée. Cette conceptualisation de l'intervention comme médiation est inspirante pour l'analyse de l'évaluation dans la pratique des TS. Le raisonnement clinique s'y effectue en interaction entre le professionnel et la personne âgée et son entourage familial, dans le milieu de vie et au regard de déterminants sociaux plus larges. Au cœur de l'activité évaluative s'opère donc une médiation à la fois sociale, cognitive et clinique qui mobilise des dimensions relationnelles (savoir-être), des dimensions épistémiques (savoirs professionnels) et des dimensions instrumentales (savoirs procéduraux).

Si les dimensions relationnelles constituent l'éthos professionnel, valorisé dans le champ professionnel de l'intervention en travail social, les dimensions instrumentales sont cependant chahutées, critiquées ou détournées, comme nous avons pu le voir plus haut. Les dimensions épistémiques, celles faisant appel aux savoirs professionnels mobilisés dans la pratique, ont été dites partiellement implicites et font l'objet d'un appel à leur explicitation (Salles et Couturier, 2011).

Dans le processus d'évaluation, la rencontre se situe clairement dans un contexte à la fois situationnel, social et politique. Que cet espace soit matériellement le domicile ou l'institution hospitalière, la rencontre TS/PA est porteuse de valeurs et d'idéologies partagées ou pas de part et d'autre. L'activité dans la situation réunit donc le Sujet (la PA), l'Objet (pour nous, l'autonomie fonctionnelle) et l'Intervenant (le TS). Nous postulons que l'activité clinique de l'évaluation est un processus de médiation effectué par le processus dialectique, ce qui revient à dire qu'il y a cheminement et dialogue au cours duquel l'Autre n'est pas réduit au silence. L'Autre est ici tour à tour la personne âgée et le TS. Pour ce faire, nous commentons le schéma intitulé *L'intervention éducative : le cadre conceptuel* (Lenoir et al., 2002) :

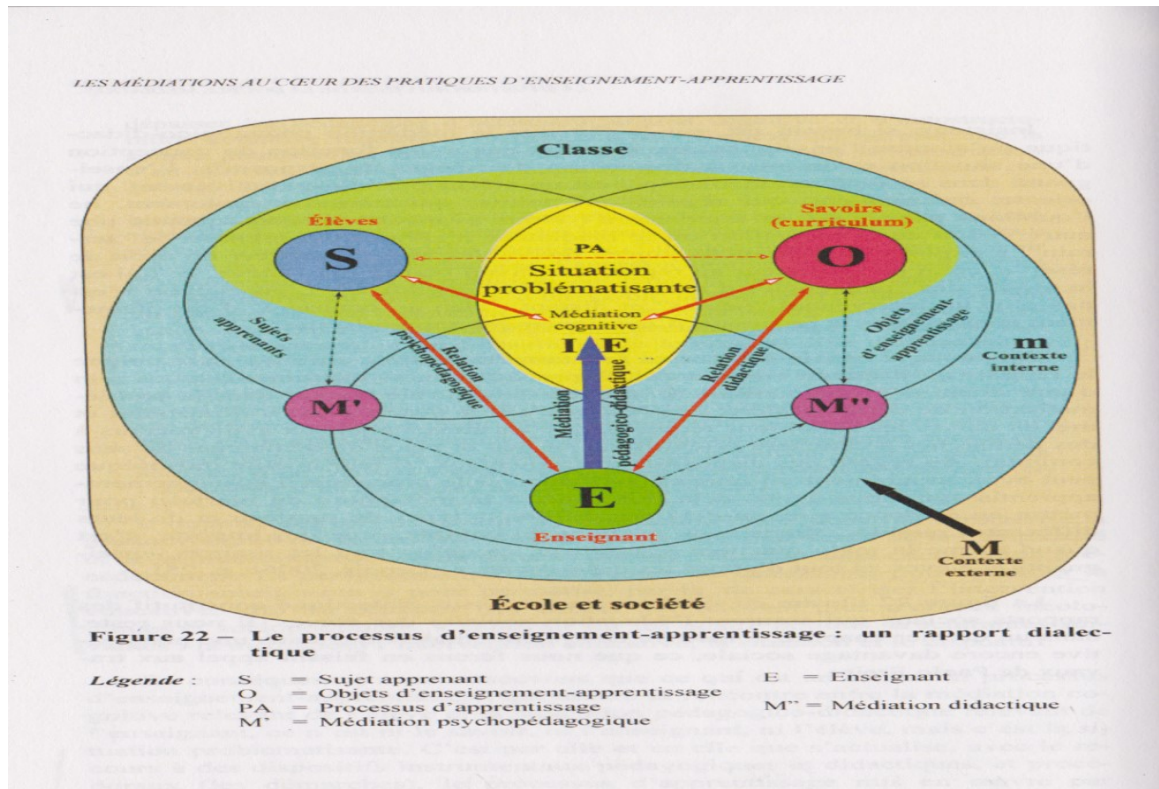


Figure 2 : Le processus d'enseignement et d'apprentissage. Lenoir, 2014, p.306

La figure ci-dessus schématise comment la médiation dialectique éclaire le processus d'enseignement et d'apprentissage. Le sujet, l'objet et ici l'enseignant (S.O.E) sont identifiés, et au centre du schéma est la situation problématisante (contrairement au schéma proposé par Chouinard, Couturier et Lenoir (2009b) où le centre du schéma est occupé par le TS). Comme dans les métiers relationnels, l'enseignant a la double compétence : en lien avec le sujet (relation psychopédagogique) et en lien avec l'objet (relation didactique). La médiation mise en œuvre par l'enseignant (pédagogico-didactique, qui relève de sa double compétence) crée l'espace favorable à la médiation cognitive (distance, rupture entre le sujet et l'objet, menant au questionnement du sujet sur l'objet), le tout dans un contexte externe (société, école) et en situation, la classe.

Prenant le modèle conceptuel de la médiation de Lenoir, nous identifions plusieurs niveaux ou types de médiation dans l'évaluation. La médiation cognitive est celle du Sujet vis-à-vis de son Objet.

Cette première médiation crée l'écart, la rupture entre la personne âgée et la perte d'autonomie rendue visible par un évènement. Celui-ci peut avoir plusieurs origines, comme les situations de maladie physique ou psychique, dont les symptômes ont des effets fonctionnels dans la vie de la personne ou de son entourage familial, qui ne peut plus y faire face. Cet espace peut être en tension sans pour autant constituer un conflit. Toujours est-il que cet évènement est révélateur d'une activité quotidienne qui ne peut plus suivre les routines habituelles et qui impose d'agir en conséquence. Cette médiation cognitive est un processus d'objectivation, de mise à distance nécessaire du Sujet vis-à-vis de l'Objet. Sans cet écart perçu, il n'y a pas d'objectivation de la perte d'autonomie fonctionnelle, donc pas d'espace d'expression, de formulation du besoin. Le TS, par l'activité clinique d'évaluation, permet que se réalise cette médiation cognitive. Le TS peut être le médiateur, au sens usuellement retenu dans l'intervention sociale (une sorte de négociateur), notamment dans les cas de refus de soins ou de conflit entre la personne âgée et son entourage, où il devient alors médiateur dans une conception instrumentale. Dans le concept de médiation tel que proposé ici, le terme de médiateur n'est pas exclusif au conflit mais s'ouvre à toutes les dimensions de l'accompagnement effectué par le TS, à savoir le processus de transformation que la personne âgée entame vis-à-vis du contexte de perte d'autonomie, de sa situation. En cela, l'évaluation est une médiation dialectique qui vise une problématisation de la situation, sa transformation d'un problème complexe en objet d'intervention et d'auto-intervention. Le TS est le

médiateur auprès de la PA dans cette problématisation. Il va sans dire que cette médiation dialectique est interactive et ne peut se réaliser en dehors de la personne âgée et n'existe que si le TS le lui permet.

Le second mouvement de la médiation a une fonction de médiation sociale. Le TS, qui intervient par la médiation cognitive créatrice de sens pour la personne âgée, prolonge la situation vers le statut de reconnaissance sociale. Le TS est le catalyseur des besoins (ceux qui sont exprimés par la personne et reconnus par la personne) dans l'espace public. Il légitime ainsi la compensation et le soutien de l'autonomie fonctionnelle de la personne. L'expression des besoins de la personne d'une part et la reconnaissance de ces besoins pour l'intervention d'autre part constituent les deux pôles usuels de l'activité des TS. Nous faisons nôtre la citation suivante :

Ce qui est au centre du processus d'enseignement-apprentissage, qui assure la rencontre entre la médiation cognitive relevant de l'élève et la médiation pédagogique-didactique relevant de l'enseignant, ce n'est ni le savoir, ni l'enseignant, ni l'élève, mais c'est la situation problématisante. C'est par elle et en elle que s'actualisent, avec le recours à des dispositifs instrumentaux (pédagogiques et didactiques) et procéduraux (les démarches), les processus d'apprentissage mis en œuvre par l'élève avec le soutien de l'intervention de l'enseignant. (Lenoir, 2014, p. 304)

La transposition de cette citation dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle suppose de trouver l'équivalence de l'expression médiation pédagogique-didactique<sup>38</sup>. L'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle comme processus clinique prend en considération la personne non seulement dans la dimension biologique de perte d'autonomie fonctionnelle, mais aussi et surtout dans ce que génère cette condition de santé (conditions physiques, psychiques, isolées ou combinées) comme

---

<sup>38</sup> La pédagogie porte sur l'éducation ou l'action éducative, la didactique traite des méthodes ou des pratiques.



effet ontologique sur la capacité du sujet à faire valoir son autonomie. Nous sommes ici proches de la construction sociale du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998), selon laquelle le handicap résulte de l'absence de compensation de la déficience. Nous faisons le lien avec la « déféctologie » (terme qui n'est plus vraiment usité), qui fut développée par Vygotski dans les années 1930. Dans ses notes critiques, Rochex rapporte que « pour Vygotski, l'essentiel n'est pas seulement l'étude ou la mesure (ni même la rééducation) d'un défaut spécifique, mais celle de la manière dont le sujet et son entourage (éducatif) « font avec » ce défaut » (1995, p. 119). C'est donc en tant que question individuelle inscrite dans un environnement social que la reconnaissance de la perte d'autonomie fonctionnelle est à envisager, alors même que ses conditions aggravantes sont sociales (isolement, pauvreté, conditions de logement, etc.) et nuisent à trouver des ressources compensatoires dans l'entourage de la personne.

De son côté, l'OEMC a été pensé, construit et validé pour collecter les informations. Il en est de même pour les procédures qui en décrivent les étapes nécessaires et rendent la démarche à minima homogène :

Il faut que les intervenantes individuellement et collectivement disposent d'un minimum de règles d'usage et cela dans des conditions minimales propices à cet usage [...]. Ce schéma d'intelligibilité et de mise en place des actions et des acteurs est une technologie : une manière commune de prendre appui sur les même « choses » à des fins de connaissances et d'actions. (Nélisse, 1998, p. 166)

Nous proposons le schéma<sup>39</sup> suivant comme transposition du concept de médiation à l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle en travail social.

---

<sup>39</sup> Ce schéma fait suite à un séminaire (décembre 2013) dans le cadre de la Chaire de recherche sur l'analyse des pratiques professionnelles, schéma dont nous avons adapté les termes pour la présente recherche.

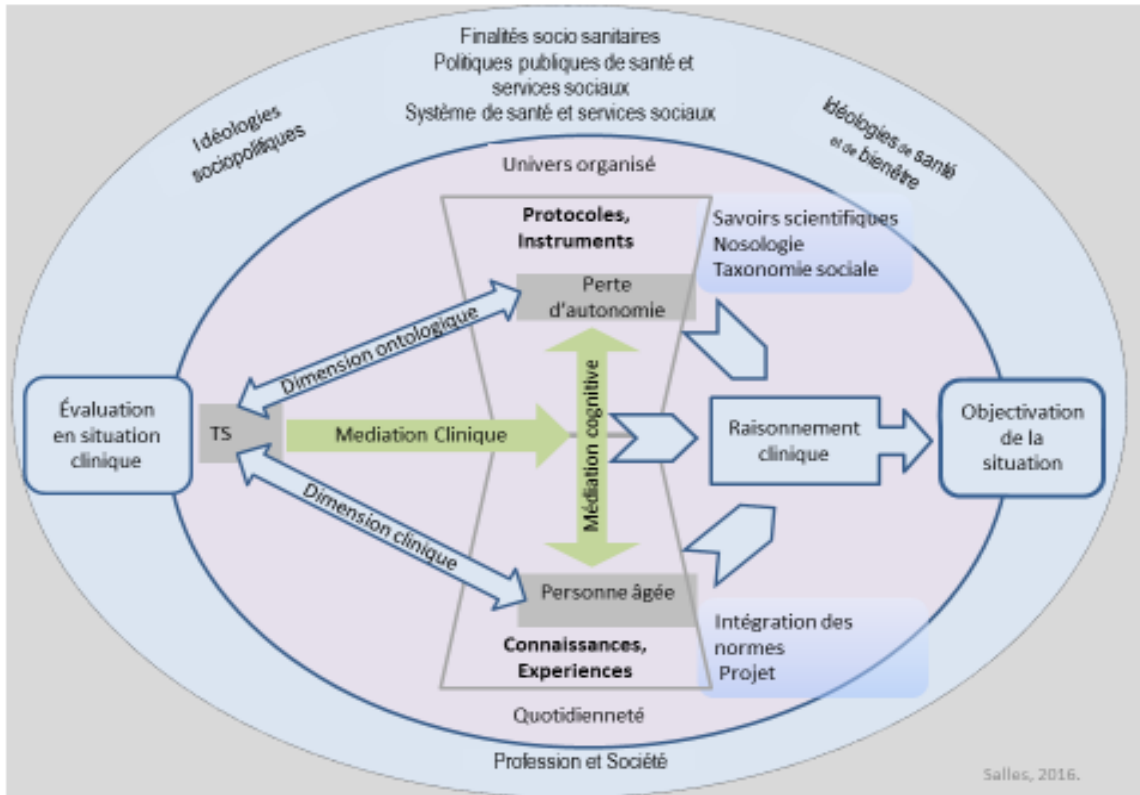


Figure 2: La médiation dialectique, précurseur du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

L'évaluation en situation clinique se déploie à la fois dans un univers organisé par les politiques publiques et dans un contexte social et professionnel donné. L'intervention est alors historiquement située par les idéologies et les savoirs et soutenue par des protocoles et des instruments. Elle est aussi relative à l'expérience et aux connaissances de l'intervenant. Lorsqu'il évalue l'autonomie fonctionnelle en situation clinique, le TS est en relation avec la personne âgée (dimension clinique) en même temps qu'il questionne l'objet, la perte d'autonomie (dimension ontologique). Pour qu'advienne la médiation cognitive, soit le mouvement qui aboutit à une prise de recul de la personne âgée vis-à-vis de l'immédiateté de ce qui fait problème dans son autonomie, le TS met en place une médiation clinique. Jusqu'à ce point, notre schéma poursuit l'analogie avec la médiation dialectique. Mais, partant des finalités de la médiation (remédier) et de l'intervention (modifier une situation), l'évaluation doit aboutir à des conclusions, elle

n'est pas une fin en soi mais ouvre sur une autre dimension de l'intervention. Nous postulons que la médiation dialectique se poursuit par le raisonnement clinique pour l'objectivation de la situation de la personne en perte d'autonomie.

### **2.3.1. Le raisonnement clinique**

Le cadre conceptuel de la médiation dialectique vient recentrer l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sur le raisonnement clinique du TS, qui reste implicite. Dans la perspective cognitiviste des théories de l'activité, l'implicite peut être levé partiellement en reconstruisant les schèmes qui structurent le raisonnement clinique à l'œuvre dans l'activité évaluative. En référence à Vygotski (1997/1934) et face à une situation perturbée, soit ici le quotidien de la personne âgée dont on suppose une perte d'autonomie fonctionnelle, il y a nécessité d'agir. Pour légitimer cette intervention potentiellement intrusive, il importe d'extraire puis d'interpréter des signes à partir de la situation de l'utilisateur pour agir. Par l'évaluation, le TS devient l'interlocuteur de la PA. Dans la situation, il est l'intermédiaire entre la PA et son quotidien empêché du fait de pertes d'autonomie puis entre cette situation et la capacité compensatrice de l'intervention. Le raisonnement clinique est le lieu où une part de la médiation s'effectue, ce qui le pose comme analyseur de notre objet.

L'évènement ou la condition qui perturbe suffisamment le quotidien de la personne estimée vulnérable pour faire obstacle à sa capacité naturelle d'autosoin est en lui-même suffisamment significatif pour constituer un droit de questionner la PA et son entourage et légitimer une intervention. Dans les médiations que nous avons identifiées en cours d'évaluation, l'évènement déclencheur doit faire sens au plan social pour le TS, c'est-à-dire le système d'intervention, comme pour la personne et son entourage. Cette

création de sens à partir des signes de la situation apparaît à première vue langagière, communicationnelle, avec la personne et son entourage et à l'intention des autres professionnels et institutions. Or, cette création de sens s'appuie sur la reconnaissance des signes, leur traduction dans le vocabulaire du professionnel en TS et selon le registre de l'autonomie fonctionnelle à des fins communicationnelles. C'est donc au travers des différents signes que le TS va saisir les dimensions de la situation singulière de la PA. « Un problème est posé quand il est perçu et pris en charge par le sujet. Mais encore faut-il le construire [...] réunir les données et les conditions, puis le résoudre en testant des hypothèses de solution » (Fabre, 2005, p. 55).

Pour ce faire, le TS utilise le langage intérieur, passant des signes perçus dans la situation et relevés en fonction de l'éclairage de l'outil à leur présentation quasiment publique en tant que mise en problème du quotidien de la personne, soit la problématisation de l'autonomie fonctionnelle. L'outil d'évaluation cherche à guider ce langage intérieur sur des catégories de signes choisis. Les mots de l'autonomie fonctionnelle ne sont donc pas libres. Le TS, en tant que professionnel (et membre d'un groupe professionnel), détient néanmoins un registre de discours de l'évaluation comme opinion professionnelle dans le cadre déontologique et éthique de la profession. Surtout en travail social, il possède aussi le vocabulaire de l'autonomie comme *empowerment* de l'utilisateur. Afin de nous distancier de la définition des termes du cadre déontologique pour rester dans l'activité, nous utilisons l'expression « raisonnement clinique » pour désigner le processus cognitif de l'interprétation langagière des signes de la situation au moment de l'évaluation, qui mobilise à la fois le discours de l'outil, le discours intérieur et le discours professionnel. Le raisonnement clinique par ces mises en lien est donc

[...] une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines, physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable. (Psiuk, 2012, p. 91)

La citation est extraite d'un document relatif à la pratique infirmière. Sa compréhension peut être enrichie par la mise en exergue de deux termes, soit clinique et raisonnement. Le terme clinique s'entend ici comme signe issu de la situation et « saisissable par l'intermédiaire de la vue, du toucher, de l'ouïe, de l'odorat, de la parole, ce que l'on peut parvenir à discerner par tous les moyens à notre disposition » (Formarier et Jovic, 1993, p. 66) dans le cadre d'une démarche plus ou moins systématique, et structurée en partie par l'outil d'évaluation ou le référentiel d'évaluation. La méthode clinique provient du champ de la médecine et « signifie littéralement : étude pratiquée au chevet du malade » (Grawitz, 1996, p. 324). L'expression « au chevet du malade » n'est pas pleinement représentative du contexte de l'intervention du TS dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. D'une part, la désignation « malade » ne recouvre pas complètement la nosographie de l'autonomie fonctionnelle et, d'autre part, l'historique de la clinique médicale s'est construit dans les institutions hospitalières, contexte qui diffère de la condition d'exercice du soutien à domicile. Toutefois, cette délimitation du raisonnement clinique contient les dimensions de la relation singulière en situation d'intervention, y compris dans le cadre des professions sociales.

Le raisonnement, quant à lui, représente « une certaine activité de l'esprit, une opération discursive », « un processus qui se déroule dans la conscience d'un sujet selon l'ordre du temps », il fait appel au « langage intérieur » et devra « s'extérioriser dans un langage parlé » pour se « stabiliser par l'écriture » (Richard, 2008, p. 201). Ces extraits de la

citation rejoignent sans pour autant s'y référer le cadre théorique choisi dans la présente recherche. En effet, en rappel de Vygotski (1997/1934), le langage intérieur (le cheminement intérieur de notre pensée, auquel on ne donne jamais tout à fait accès à autrui) doit s'extérioriser par le langage parlé, le langage communicationnel, pour éventuellement se stabiliser par l'écriture. Ce processus est l'argumentaire central de l'ouvrage de Vygotski, intitulé *Pensée et langage* (1997). L'opération discursive qui s'effectue au cours du raisonnement peut être rapprochée par le sens de l'activité :

Pour Léontiev, le sens est le rapport entre son but et son mobile, entre ce qui incite à agir et ce vers quoi l'action est orientée comme résultat immédiat. [...] ni le but seul, ni le mobile seul ne permet de comprendre le sens de l'Acte, qui ne s'éclaire que si je mets en relation ce but et ce mobile. En introduisant l'idée de désir [...] on peut dire que fait sens un acte, un évènement, une situation qui s'inscrit dans ce nœud de désirs qu'est le sujet. (Charlot, 1997, p. 64)

La pensée et le langage sont donc convoqués et conditionnés par la situation clinique et par l'activité d'évaluation, la seconde tendant à modifier la première (Couturier, 2006). Ainsi, l'évaluation appelle l'analyse de la situation singulière pour reconnaître ses composantes, les contraintes légales et morales en jeu ainsi que les conséquences des orientations qui vont être privilégiées. L'évaluation implique donc d'agir dans et sur la situation, ce qui n'est pas sans effets pour la PA elle-même comme pour son entourage. L'activité d'évaluation en situation convoque la pensée et les langages pour pouvoir intervenir. Pour faire suite à Psiuk, le raisonnement clinique peut être entendu comme

[...] le processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème [...] le clinicien synthétise l'information [...] l'intègre avec ses connaissances et les expériences antérieures et les utilise pour prendre des décisions (Nendaz *et al.*, 2005). (Richard, 2008, p. 201)

Nous constatons que la finalité de résolution de problèmes, comme le recours aux savoirs ou aux théories, sont communs à la définition du travail social présentée plus haut et à celle du raisonnement clinique orienté vers la solution ou la résolution la plus appropriée dudit problème.

Quant à elle, la définition de la profession, comme nous l'avons vu plus haut, convoque les valeurs d'humanisme et de justice sociale. L'expression « éthique clinique » affirme que « l'éthique et la clinique sont des savoirs de même nature, des savoirs non pas théoriques mais pratiques » (Voyer, 2007, p. 987). Plus loin, l'auteur d'ajouter ceci :

Ces règles générales [présidant à l'exercice du jugement clinique d'un point de vue éthique], issues de l'expérience, ne permettent pas de déduire ce qu'il faut faire. Elles n'indiquent pas « ce qui est requis », « ce qu'il faut faire » ou « ce qu'on doit faire. » Elles permettent uniquement de dire ce que l'expérience signale comme étant « ce qui est préférable », « ce qui est probable », « ce qui est convenable », « ce qui est prudent » ou de manière générale, « ce qu'il est raisonnable de faire [...] ». (Voyer, 2007, p. 989)

Ces précisions recouvrent pour nous le sens de l'analyse par la didactique professionnelle de l'activité d'évaluation :

Tout ne s'apprend pas par l'action. Beaucoup de choses s'apprennent par l'analyse de l'action après coup [...]. L'essentiel de la didactisation consiste alors à combiner l'apprentissage par l'exercice de l'activité et l'apprentissage par l'analyse de cette même activité. Action et réflexion sont aussi indispensables l'une que l'autre. (Pastré, 2006, p. 340)

De plus, le raisonnement clinique « permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines, physiques et comportementales réelles ou potentielles » (Psiuk, 2012, p. 91). Le résultat de l'évaluation est une manière de construire un problème pour le traiter et pas seulement une résolution de problème, cette dernière orientation serait alors techniciste. En effet,

nous concevons que le raisonnement clinique s'achève « par la validation de l'hypothèse la plus probable » (Psiuk, 2012, p. 91). Les variabilités de la situation, sa singularité et les diverses orientations pouvant être prises pour l'appréhender permettent d'affirmer que l'évaluation n'est pas un simple savoir-faire applicationniste, elle serait plutôt un savoir analyser mobilisant « trois niveaux de compétence<sup>40</sup>, savoir-faire, savoir analyser, savoir combiner, on est dans un savoir analyser, où le but de l'action est déterminé [...] mais où la recherche de la cause du dysfonctionnement peut être très ouverte » (Pastré, 2011, p. 21-22).

Nous reprenons ici la classification des raisonnements « lié[e] à l'acte clinique en train de se faire, au raisonnement qui surgit dans, par et à travers les activités professionnelles » (Richard, 2008, p. 200). La recherche de Richard s'intéresse aux types de raisonnements chez les TS et en identifie trois : le raisonnement instinctuel, le raisonnement normatif et le raisonnement éthique.

Richard clarifie le raisonnement instinctuel, en s'inspirant de Lavigne « différent de la science par son inconscience et l'automatisme de ses réactions, il serait à la base de notre vie consciente et volontaire et lui fournirait ses premières impulsions » (Lavigne, 1953, p. 69). En d'autres termes, le raisonnement instinctuel convoquerait davantage l'impulsion, faisant abstraction du rôle et des fonctions associés à un statut, par exemple du TS, et à ce qui est attendu de la part d'un individu formé pour agir à titre professionnel. Richard précise que par « manque de temps, de connaissances, de ressources, d'expérience ou de soutien » (2008, p. 203), le raisonnement instinctuel

---

<sup>40</sup> Pastré utilise alors une référence à la terminologie d'Hatchuel et Weill (1992).



serait sollicité par de nombreux professionnels en contexte d'intervention complexe. La diffusion des outils cliniques standardisés vise à réduire cette part instinctuelle.

Le raisonnement normatif est aussi qualifié de raisonnement déontologique, par lequel le professionnel « s'efforce d'adapter sa conduite par respect de la règle, en fonction de ses devoirs et de ses responsabilités envers la clientèle, les administrateurs, les collègues et le public en général » (Richard, 2008, p. 207). Ce type de raisonnement est mobilisé « devant les situations litigieuses qui génèrent le doute, l'incertitude et l'inconfort face à ce qui doit ou non être fait » (Richard, 2008, p. 206). En quelque sorte, le raisonnement normatif est activé pour identifier la meilleure façon d'agir en conformité à une règle à laquelle l'intervenant se réfère, à une autorité extérieure. L'auteur précise que la règle peut émaner de l'établissement, des lois ou du code de déontologie (Richard, 2008).

Enfin, Richard précise que le raisonnement éthique exige, « de passer à l'analyse et au choix des valeurs qui donnent sens à la meilleure décision possible dans les circonstances » (Boisvert, Jutras, Legault, Marchildon et Côté, 2003, p. 74). L'auteur souligne que « si l'éthique est considérée comme un rapport à soi [...], un rapport aux autres et au monde, pour être délibérative, elle doit pouvoir se justifier dans la rencontre interhumaine, dans le dialogue et la communication » (Richard, 2008, p. 214).

Paradoxalement, cette conception du raisonnement clinique porte peu d'attention au caractère rationnel de toute évaluation, sauf à réduire tout savoir (dont les savoirs scientifiques) à une simple norme. Et les outils cliniques standardisés cherchent à introduire, dans le raisonnement, la raison, dont l'une des sources, mais pas la seule, est la science.

Le raisonnement clinique est, selon nous, le processus cognitif d'interprétation dans lequel s'insère l'évaluation standardisée de l'autonomie fonctionnelle. Il tire son origine de la médiation didactique et repose sur l'activité cognitive du TS issue d'un dialogue en situation avec la personne. L'évaluation est soutenue par un instrument à des fins de systématisation, aspiration qui semble requise en raison de la diversité des situations à évaluer. Ce raisonnement est déontologique puisque l'activité est située et ne peut faire abstraction du contexte organisationnel dans lequel elle se déroule (ordre professionnel et SAD sous l'impulsion des politiques publiques). Il nous apparaît d'abord instinctuel car il est peu soutenu par des savoirs, avant d'avoir acquis une certaine expérience de pratique. Nous avons vu que l'évaluation, l'usage de l'OEMC et l'intervention gériatrique en général proviennent avant tout de l'expérience en TS plus que de la formation initiale.

### **2.3.2. De la situation didactique à la situation ontologique**

Jusqu'ici, nous avons pensé la situation surtout à partir de la didactique professionnelle. Par la discussion portant sur la médiation, nous voyons que ce concept peut prendre une autre dimension, c'est-à-dire ontologique (Lenoir, 2014; Lenoir *et al.*, 2002; Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011). Lenoir, inspiré de Freire, propose le passage de la situation en tant que problème, du point de vue de la didactique professionnelle, à la problématisation de la situation en tant que médiation ayant une incidence sur l'être (Lenoir, 2014; Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011). Historiquement, la didactique professionnelle s'intéresse à la pratique faisant le lien entre le monde du travail et celui de la formation en référence aux disciplines scolaires. « La situation renvoie alors directement à la didactique de la discipline convoquée » (Lenoir et Ornelas Lizardi,

2011, p. 52). Même si d'autres types de situations sont proposés (Habboub, 2005), force est de constater une relative proximité entre la situation problème/résolution de problème et les finalités du travail social énoncées dans la définition de la Fédération internationale des travailleurs sociaux. Nous reprenons ici cette citation proposée plus haut afin de l'explorer à partir de notre cadre conceptuel :

Le travail social est une profession fondée sur la pratique et une discipline académique qui favorise le changement social et le développement, la cohésion sociale, l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, les droits humains, la responsabilité collective et le respect des diversités sont au cœur de l'action sociale. Soutenu par les théories de travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et les connaissances autochtones, le travail social engage des gens et des structures pour relever les défis de la vie et d'améliorer le bien-être. (FITS, 2010, section 1.4.3)

En parcourant cette définition, nous observons que le travail social s'affirme donc comme une « une profession [...] qui favorise le changement social et le développement, la cohésion sociale, l'autonomisation et la libération des personnes. » Nous avons souligné l'abandon du terme « résolution de problème » dans la nouvelle définition internationale du travail social. Cette même avancée s'observe en didactique professionnelle. Au départ, elle avait pour but de proposer la résolution technique des situations-problème (en plasturgie et dans la maintenance des centrales nucléaires, soit dans les premières recherches menées par Pastré).

Le professionnel n'est plus seulement en activité (l'opérateur qui suit un processus dont il peut connaître d'expérience les moments critiques), il est lui-même dans l'activité puisqu'il est en interaction dans la situation. Et cette situation est celle d'un sujet qui s'inscrit dans un contexte où les « principes de justice sociale, les droits humains, la responsabilité collective et le respect des diversités sont au cœur de l'action sociale » en

travail social. Cette dimension ontologique nous oriente vers la conception de situation proposée par Freire et reprise par Lenoir (Lenoir, 2014; Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011). Ainsi, ce passage de la résolution d'une situation-problème (du point de vue de la didactique professionnelle) à la problématisation d'une situation comportant une dimension ontologique constitue une nouvelle orientation du concept de situation.

C'est à partir de cette conception plus large de la situation que nous concevons la médiation comme médiation cognitive, potentiellement émancipatrice des contraintes d'une situation. L'objectivation du quotidien par la personne (pour nous, la personne âgée) de sa situation existentielle (perte d'autonomie fonctionnelle) produit une conscientisation qui passe par la re-problématisation de cette situation. Elle pose le problème avant d'en proposer la résolution puisque « le concept de médiation cognitive met [...] en exergue l'action de construction de la réalité par le sujet dans un cadre culturel, spatial et temporel » (Lenoir, 2009, p. 20). Cela explique pourquoi l'évaluation est logiquement liée à un plan d'intervention explicite requérant le consentement de l'utilisateur.

Le processus cognitif d'objectivation, « du point de vue de la dialectique du réel, se réalise dans l'interaction entre les trois composantes suivantes : le sujet humain [...], l'objet de connaissance [...], le rapport cognitif (la médiation) [...] » (Lenoir, 2009, p. 21-22). La fonction sociale de la médiation, « qui constitue le moyen de l'intervention » (Lenoir, 1996, p. 240) pour l'enseignant chez l'auteur et pour le TS ici, s'entend comme l'« action procurant du sens à l'objet, le rendant ainsi désirable au sujet » (Lenoir, 2009, p. 22).

La désignation du second espace de médiation, dit pédagogicodidactique dans le modèle conceptuel de l'intervention éducative (Lenoir *et al.*, 2002) et dimension ontologique dans notre proposition (figure 3), s'entend donc comme rapport à l'utilisateur et rapport au savoir. Le destinataire usuel de l'intervention éducative légitime l'emploi du terme pédagogique. Ceci ne correspond pas aux clientèles usuelles de l'évaluation d'autonomie fonctionnelle.

D'autre part, dans la composante didactique, nous trouvons une différence nette entre Freire et les auteurs de la didactique professionnelle sur le statut des savoirs. Comme le précisent Lenoir et Ornelas Lizardi, « chez Freire, les savoirs requis ne constituent que des outils épistémologiques pour analyser les situations existentielles dans une perspective émancipatoire » (2011, p. 61), alors que, pour Brousseau (1986), une situation didactique se « caractérise par un problème choisi par l'enseignant » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 61). Les auteurs proposent en synthèse que, « pour l'un [Brousseau], le savoir est avant tout une fin, pour l'autre [Freire], un moyen » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 61).

De cette seconde dimension de la médiation, nous avons retenu qu'elle est sociale et que, pour nous, sa composante psychopédagogique serait clinique. Si la composante didactique, pour nous ontologique, est présente, elle devrait être considérée comme un moyen dont dispose l'intervenant pour analyser des situations et soutenir la médiation cognitive.

Freire nous engage dans une « posture critique, culturelle et politique, d'engagement social à l'égard des opprimés, de rejet de toutes les formes d'oppression, violentes

comme douces, soient-elles racistes, sexistes, culturelles, politiques, psychologiques, etc.» (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 52). À cette liste de types d'oppression, la tentation est grande d'ajouter l'âgisme. Pour être plus précise, nous entendons par là la disqualification de l'usager du fait de son âge dans son aptitude à être impliqué à la hauteur de ses capacités dans le processus d'évaluation qui le concerne.

Mais, chez Freire, le concept de situation prend d'autres dimensions : « L'importance du concept [de situation] est directement liée à la dimension sociale (culturelle, politique, économique, etc.), en fait, au « milieu » dans lequel vivent et interagissent les êtres humains et qui les détermine fortement dans leurs pensées et dans leurs actions » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 54). C'est ce que nous désignons dans le schéma par *quotidienneté* est au cœur de la situation existentielle et concrète que les auteurs identifient. Et, dans ce quotidien, la démarche de problématisation pour nous, de conscientisation selon les auteurs, consiste à soutenir le fait de « prendre conscience » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 54). Le processus dialectique est au cœur de ce « cheminement progressif qu'il [le sujet] réalise et qui passe de la vision magique à la perception spontanée et naïve de la situation de vie et à la conscience critique et engagée ». (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 54). Ce processus dialectique établit le lien avec la médiation cognitive soutenue par le TS lorsqu'il intervient auprès de la personne âgée. Nous y reconnaissons le passage de la représentation naïve de sa situation de quotidienneté (que le mandat d'intervention détermine à l'autonomie fonctionnelle) à la conscience critique que la personne âgée peut en avoir.

Par « situation existentielle », Freire entend en conséquence au préalable le résultat du recueil par le formateur des connaissances populaires, des expériences de vie, des situations et des conditions matérielles qui conditionnent le quotidien

de la communauté concernée, des situations concrètes d'oppression vécues, qui sont caractéristiques des sujets apprenants et qu'ils perçoivent à travers le rapport dialogique établi avec l'éducateur. (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 55)

Nous établissons le parallèle en paraphrasant la citation précédente. Les expressions en italique marquent les liens que nous effectuons avec l'activité du TS dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (les italiques sont de nous).

Par «situation existentielle», Freire entend en conséquence au préalable le résultat du recueil par *le TS* des connaissances populaires, des expériences de vie, des situations et des conditions matérielles qui conditionnent le quotidien de *la personne concernée*, des situations concrètes d'*oppression vécues* (*la gêne, la contrainte, déficience-handicap-incapacité, âgisme*) qui sont caractéristiques des sujets *en perte d'autonomie fonctionnelle* et qu'ils perçoivent à travers le rapport dialogique établi avec *le TS*.

Ainsi, l'expérience de vie et les conditions matérielles qui font l'environnement de la personne sont appréhendées au travers de l'outil OEMC, qui standardise la liste des constats à dresser. Mais c'est par le biais de cette liste que le TS rencontre et rend compte à la personne de son quotidien et des questions concrètes qui se posent. Cette démarche de problématisation-conscientisation participe à la construction d'une connaissance concrète d'un quotidien singulier, l'objectivation de la situation. Elle nécessite la co-élaboration d'une réalité partagée. En effet, si la vision du quotidien empêché ne devient pas celle de la personne âgée et reste l'interprétation du TS, l'intervention sera alors une intrusion dont le fondement sera l'instinct, voire les intérêts, du professionnel.

L'accès à cette compréhension mutuelle engage un dialogue entre la personne et le TS. Le cheminement progressif qu'il emprunte le langage dans la conscientisation, mène à une problématisation de la perte d'autonomie fonctionnelle. Cette problématisation est le préalable à l'engagement de la personne âgée comme à l'engagement du TS (et du système d'intervention) dans le projet d'intervention dans la situation.

Mais le quotidien des TS est en bute à des situations limites (Jaspers 1958). La situation clinique peut être ontologiquement conçue comme une situation limite. Elle est « d'origine opaque [...] l'être humain [y] est confronté comme la mort, la souffrance [...] Et en face de laquelle il demeure dépourvu [...] il lui est impossible de lui échapper, ni de la changer » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 56). De leur côté, Lenoir et Ornelas Lizardi convoquent cette notion de situation limite pour « caractériser les obstacles, les barrières que les êtres humains rencontrent dans leur vie personnelle et sociale et qu'ils ne pensent pas pouvoir surmonter, ou qu'ils ne souhaitent pas surmonter [...] » (2011, p. 56). Ces situations limites telles que présentées ici recouvrent selon nous des contextes d'intervention en travail social dites complexes, désignés comme tels par l'imbrication de facteurs multidimensionnels impliqués.

Or, paradoxalement ces situations limites « deviennent des moteurs du processus de conscientisation, [...] clefs [...] de la démarche critique d'analyse des enjeux [...] qui sont alors saisis en tant que problèmes devant être traités » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 57). Nous retrouvons ici un des moteurs de l'activité et de la pensée, selon Vygotski. En effet, lorsque la situation résiste à l'acteur, elle devient source de changement, d'apprentissage dans et pour l'activité puisque les routines sont mises en échec par la situation limite. Nous envisageons dans cette situation l'acteur comme la personne confrontée à la perte d'autonomie et le TS comme l'acteur qui évalue. La médiation dialogique est en interaction.

Le second lien est celui du problème qui, s'il n'est pas destiné à être résolu, doit à minima être considéré pour faire l'objet d'une atténuation ou d'une compensation. La différence entre « résolu » et « considéré » dépasse la représentation relativement



opératoire et opérationnelle véhiculée par la résolution, souvent technique, de problème. Les premières recherches en didactique professionnelle allaient dans ce sens. Mais, la perte d'autonomie fonctionnelle ne peut pas être résolue, même si certaines incapacités peuvent être compensées techniquement. Nous pensons par exemple aux aides techniques, comme les barres d'appui pour faciliter les transferts dans la salle de bain, qui permettent à la personne de maintenir une activité de la vie quotidienne et, de fait, de perpétuer ses soins d'hygiène. Mais, dans les situations complexes, les solutions simples ne suffisent pas.

La situation limite appelle justement à sortir des limites pour « découvrir des inédits possibles » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 57), « [t]el sera alors, dans le cheminement de la conscience naïve à la conscience critique, la fonction essentielle que devra tenir le formateur [pour nous le TS] » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 57). C'est dans ce rôle de conscientisation que se tient selon nous l'activité du TS quand il évalue l'autonomie fonctionnelle de la personne aux prises avec son quotidien empêché.

Une situation problème appelle la problématisation de la situation. Cela suppose que celle-ci n'est pas seulement le regard que porte (ou qu'impose) l'intervenant (l'éducateur pour Freire et le TS pour nous) sur la situation existentielle limite de la personne âgée, mais qu'elle est aussi la coconstruction de sa représentation à la faveur d'une rencontre à trois : le TS (et son système d'intervention), l'utilisateur (et ses proches, éventuellement) et l'instrument d'évaluation en situation. Une situation devient problématisation lorsqu'elle découle de la réalité existentielle de la vie des êtres humains et qu'elle a été identifiée, posée, construite et codifiée en thèmes et mots générateurs d'action, ici d'intervention. « Elle est problématisée en ce sens qu'elle a été traitée et préparée pour faire l'objet

d'une discussion qui conduira à en débattre, à la dépasser » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 58).

La coconstruction à l'occasion de l'évaluation en appelle à la dialectique, au sens des mots partagés, par lesquels la représentation de la réalité, soit le quotidien de la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle, pourra s'exprimer et ouvrir sur l'action.

C'est à partir de cette analyse de «l'univers thématique du peuple» (Freire, 1974a, p. 82) que peut être ensuite problématisé le processus de formation par l'identification des thèmes et de mots générateurs, partagés parce que relevant d'une vision du monde, utilisés dans le langage quotidien et porteurs de sens puissant pour leurs utilisateurs. Ils sont générateurs parce qu'ils permettent, par l'intérêt qu'ils suscitent, la discussion, la réflexion et la production d'un projet d'étude. La situation considérée doit se centrer « sur l'expérience existentielle des éduqués et non des éducateurs » (Freire et Macedo, 1989, p. 56). (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 58)

La question des mots pour coconstruire, problématiser la situation, constitue pour nous le pont entre la didactique professionnelle et le concept de médiation dialectique comme cadre d'analyse emprunté à l'intervention éducative<sup>41</sup> pour analyser la pratique d'intervention des TS sous l'angle de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Richard propose que « chaque professionnel devrait ainsi être en mesure de répondre à la question suivante : pourquoi agir de la sorte? » (2008, p. 202). Selon l'auteur, la réponse à cette question contribuerait à une prise de conscience « des opérations mentales par lesquelles on perçoit, connaît, analyse, comprend, juge et traite des faits obtenus dans la situation d'intervention » (2008, p. 202). Et, dans ce dialogue à la fois intérieur et communicationnel, il importe d'examiner une question en trois temps :

---

<sup>41</sup> Intervention que nous entendons comme intervention sociale (Couturier, 2006) puisque non pas limitée à la seule finalité de dispensateur des savoirs

Quels sont les différents intérêts en jeu (individuels et collectifs), et est-il possible de repérer des intérêts communs aux différents acteurs? Quels sont les lois, droits, principes ou valeurs qui peuvent orienter l'action? Quelles conséquences pourrait avoir chaque option envisagée ?» (Gonin et Jouthe, 2013, p. 85)

Ces deux extraits proposent deux chemins différents, celui du pourquoi et celui du comment. Le chemin du pourquoi relève, à notre sens, de la justification. Celle-ci ne peut s'établir qu'au regard d'un standard, d'une norme ou de valeurs qui maintiendraient, selon nous, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle dans le raisonnement instinctuel ou le raisonnement normatif/déontologique tel que proposé plus haut. L'accès aux opérations mentales passe difficilement par le pourquoi, qui appelle une démarche déductive, mais plus par le comment, qui appelle à une démarche inductive. Or, le groupe professionnel constitué des TS « dont l'essentiel de l'activité mobilise la parole, n'énonce[nt] pas volontiers ce qu'ils font » (Ion et Tricart, 1984, p. 8). Notre démarche rejoint le chemin du comment pour questionner l'activité des TS quand ils évaluent l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

### **Chapitre 3. Les fondements de la démarche méthodologique**

Questionner l'activité évaluative des travailleurs sociaux (TS) afin de nommer des savoirs mobilisés dans leur pratique par ces professionnels implique d'accéder à la situation. Et, pour faire suite au cadre conceptuel, bien que les recherches en didactique professionnelle ne suivent pas une méthodologie spécifique, les méthodes qualitatives sont régulièrement utilisées pour saisir les traces de l'activité en situation. Toutefois, la première condition de ce type de recherche est d'avoir accès au terrain.

Nous commençons par exposer le choix de l'établissement, les conditions de recrutement des participants et les préalables indispensables à la collecte de données (formation aux outils d'évaluation utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux, formation à la méthode de l'entretien d'explicitation). La collecte de données s'articule en trois temps : une collecte individuelle (séances d'observation, entretiens semi-directifs), une collecte collective (entretiens croisés, groupes de discussion focalisés) et la tenue par cette chercheuse d'un journal de bord transversalement à la recherche.

#### **3.1. Le choix de l'organisation**

Ce choix de l'organisation est à la fois raisonné et opportuniste. Il est raisonné puisque les investigations ciblent un service de soutien à domicile<sup>42</sup> distant d'un établissement universitaire offrant une formation en travail social. Ce premier critère laisse supposer que les TS en poste proviennent de plusieurs universités et ont une formation initiale

---

<sup>42</sup> Souhaitant faire une recherche sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, le soutien à domicile est le programme le plus adapté à cette fin.

diversifiée. Cette condition limite l'effet « école de formation<sup>43</sup> » dans le curriculum des recrutés. De même, du fait de cette distance, les milieux et les professionnels concernés sont probablement peu sollicités par les étudiants en formation pour une demande de stage ou par les chercheurs, y compris par ceux en travail social. Nous avons pensé que cet éloignement augmentait les chances de recrutement. Pour notre recherche, nous avons en tête que « la plupart des manuels d'ethnographie insistent sur le fait que pour effectuer une observation participante, il faut généralement commencer par négocier l'accès au terrain » (Lapassade, 2002, p. 378).

Le choix du CSSS de Trois-Rivières<sup>44</sup> est également opportuniste. Agente de recherche depuis 2010 pour la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie, nous avons rencontré des acteurs du domaine de l'intégration de services évoluant à différents paliers des Services publics en Mauricie-Centre-du-Québec. Nous y avons acquis une préconnaissance du territoire et de certains acteurs. Sans conteste, ces rencontres ont favorisé l'ouverture des portes du service sur lequel porte notre intérêt.

De cette connaissance antérieure, nous avons retenu que l'ensemble des professionnels du SAD est regroupé dans une même bâtisse, que le territoire desservi par ce service est fractionné en huit zones géographiques et qu'une équipe pluridisciplinaire est affectée à

---

<sup>43</sup> Cet effet « établissement d'origine » semble toutefois limité chez des professionnels expérimentés. Par contre, la place accordée à la gérontologie dans les programmes d'étude respectifs de ces professionnels viendra valider les conclusions de la recension des écrits, soit une offre limitée et au mieux optionnelle de la formation en gérontologie qui n'est pas le fait d'une université mais qui est transversale aux universités du Québec.

<sup>44</sup> Sur la demande de l'établissement, après la collecte des données, nous avons été contactée par le comité éthique de l'établissement qui nous autorisait à nommer le SAD du CSSS (devenu depuis le CIUSS) de Trois-Rivières (Annexe 1 13), suite à la consultation des praticiens impliqués dans la recherche. Toutefois, toutes les précautions furent prises pour préserver l'anonymat des individus.

chacun de ces secteurs. Cette organisation du service SAD présente pour nous plusieurs avantages. Nous recrutons dans les huit secteurs afin de peser finalement non pas sur le SAD complet mais de répartir les temps de collecte sur huit équipes. De plus, la durée de la collecte dans un lieu unique banalise notre présence régulière pour l'ensemble des employés du SAD ce qui favorise les échanges informels avec les divers intervenants<sup>45</sup>.

Le fait que la recherche soit focalisée sur un seul service SAD assure la stabilité des conditions de pratique d'évaluation, qui auraient certainement différé d'un site à l'autre si plusieurs services SAD avaient été considérés. La primauté accordée à l'analyse de l'activité et le souhait de limiter l'influence des variations de l'organisation du travail sur les pratiques expliquent notre choix, mais ces deux éléments constituent une limite à l'étude. Un autre choix méthodologique, à savoir une étude de cas portant sur plusieurs services SAD, aurait donné lieu à une analyse de l'organisation du travail plus poussée mais au détriment de la profondeur de l'analyse de l'activité.

### **3.1.1. Le recrutement des participants volontaires**

Le recrutement porte sur deux groupes d'interlocuteurs : les intervenants du secteur psychosocial (que nous désignons sous l'appellation TS) et les formateurs assumant une fonction d'enseignement auprès d'étudiants en travail social (que nous nommons les enseignants). S'agissant des enseignants, les conditions et critères de leur recrutement sont exposés au moment chronologique de leur mobilisation dans la recherche, soit en fin de collecte. Le choix de questionner la pratique des TS réduit la portée de notre

---

<sup>45</sup> Pendant toute la durée de la collecte de données, nous avons dîné dans les salles communes en compagnie des intervenants du service SAD (travailleurs sociaux, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, auxiliaires de santé et de services sociaux) au gré des présences. Au fil du temps, certains intervenants s'interrogeaient sur notre présence, et les questions qu'ils nous posaient témoignaient d'un intérêt pour l'objet de notre recherche.

regard sur d'autres pratiques évaluatives de l'autonomie fonctionnelle (celle des infirmières, celle des ergothérapeutes, etc.) au profit d'un approfondissement du champ professionnel qui nous intéresse. Les TS sont donc les partenaires premiers de cette recherche. Passons maintenant aux méthodes et critères de recrutement.

### **3.1.2. Les conditions de recrutement**

Suite à une première prise de contact, les responsables du SAD nous ont invitée à venir présenter<sup>46</sup> la recherche aux intervenants du secteur psychosocial du SAD à l'occasion d'une réunion de service. Après la présentation, qui comprenait le visionnement d'un PowerPoint et la distribution d'un document d'information sur le projet, nous nous sommes engagée à ne pas divulguer le contenu individuel des résultats de la recherche, garantissant ainsi l'anonymat des volontaires. Le responsable, présent à cette rencontre, a annoncé que le temps consacré à notre projet par les TS participants serait comptabilisé dans leurs heures de travail. Nous soulignons cette condition très favorable à l'adhésion des praticiens, avec la mise à disposition à notre intention d'un espace de travail et d'une carte d'accès aux locaux. Tous ces éléments sont des conditions facilitent la collecte de données.

### **3.1.3. Les critères d'inclusion**

Au regard de la recherche, cinq critères d'inclusion posent les limites du recrutement.

---

<sup>46</sup> Cette rencontre d'une durée d'une heure présentait les objectifs de la recherche et la démarche de collecte des données. Nous avons insisté sur le caractère volontaire de la participation. Une brochure d'information (Annexe 2) distribuée à chaque personne résumait la présentation et fournissait les coordonnées pour nous rejoindre et postuler pour devenir participant dans notre recherche. De la même manière, nous avons présenté à l'ensemble des TS du SAD les résultats préliminaires de la recherche (Annexe 3).

- Premièrement, comme nous avons conclu que les savoirs de l'évaluation étaient issus de l'expérience<sup>47</sup>, la durée de la pratique est donc une condition cruciale. La revue de littérature nous indique que le développement de compétences d'évaluateur (passer du niveau novice au niveau expérimenté) exige environ cinq ans (Tourmen, 2008). Nous fixons donc une expérience minimale de cinq ans au SAD pour le recrutement des TS.
- Deuxièmement, pour des raisons de disponibilité lors des collectes de données et de charge de travail dans le service, nous recrutons des TS ayant un poste où le temps de travail est supérieur ou égal à 80 % d'un équivalent temps plein. En dessous de ce seuil, la participation à la recherche serait un frein trop important à l'activité professionnelle du praticien et pourrait nuire au fonctionnement du service.
- Troisièmement, nous l'avons souligné plus haut, l'implication dans la recherche suppose une adhésion volontaire des participants. Cet engagement se constate dans les différentes étapes de la collecte de données et dans l'implication que nécessitent certains choix méthodologiques (séances d'observation, enregistrement audio des entretiens, dimension collective de la collecte de données). Ces contraintes peuvent être compensées par la transparence valorisée par la chercheuse, comprenant la remise individuelle aux participants d'une retranscription de chaque entretien. En effet, la participation à la recherche doit apporter quelque bénéfice visible en cours ou au terme de celle-ci. La démarche réflexive suscitée par la recherche ne peut se

---

<sup>47</sup> « Le psychosociologue [...] utilise le terme expérience dans plusieurs de ses sens usuels : la connaissance par le contact avec la réalité ou la pratique (l'expérience du travail sur le terrain par comparaison aux connaissances théoriques), la formation ou l'information acquises par le fait d'avoir vécu un événement particulier (l'expérience de la guerre), l'acquisition de certaines connaissances à travers le temps (l'expérience accrue avec les années de pratique), l'accumulation de connaissances par essais et erreurs (l'expérience de nouvelles méthodes pédagogiques). Quel que soit le sens donné au concept d'expérience, le terme demeure associé à la connaissance, à l'information ou à l'apprentissage. S'avèrent d'égale importance, dans l'usage quotidien, le contenu et le processus » (Sévigny, 2002, p. 128).



réaliser sans une pleine adhésion volontaire des personnes. Nous avons par conséquent valorisé une meilleure connaissance de la pratique professionnelle à titre individuel comme démarche réflexive et la capacité de cette démarche à être partageable au sein d'un collectif professionnel.

- Quatrièmement, nous avons fixé à six le nombre de professionnels à recruter pour notre projet. La représentativité des résultats n'est pas la finalité de cette recherche, ce qui limite l'importance de la quantité de sujets recrutés. « Les entretiens n'ont pas besoin d'être nombreux. Ils n'ont pas pour vocation d'être représentatifs » (Beaud et Weber, 2003, p. 177). Par ailleurs, comme nous allons le voir, la collecte de données comporte plusieurs étapes, ce qui montre la prédilection pour la profondeur plutôt que pour le nombre. « Un entretien approfondi, (enregistré) avec un enquêté qui vous parle longuement, deux à trois heures durant, et s'interroge avec vous sur lui-même et sur son univers, aboutit à des avancées, à des découvertes » (Beaud et Weber, 2003, p. 177).
- Cinquièmement, les volontaires, qui sont expérimentés, doivent faire partie de l'OTSTCFQ. Ils ont au sein du SAD des missions, fonctions définies et habilités à mener des activités comme les évaluations de l'autonomie fonctionnelle. Cette sélection exclusive de membres de l'OTSTCFQ délimite strictement la recherche aux savoirs mobilisés par un groupe de professionnels.

Le recrutement a permis de mobiliser six membres de l'OTSTCFQ travaillant au service SAD du CSSS de Trois-Rivières depuis plus de cinq ans, assurant un poste à 80 % et plus d'un équivalent temps plein et participant sur une base volontaire.

## **3.2. La préparation au terrain**

En amont du terrain, il nous apparaissait indispensable de suivre deux formations. La première concernait l'outil d'évaluation utilisé par les professionnels, à savoir l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), pour approcher ce que les prescripteurs de l'outil promeuvent à son propos et au sens profond de l'outil en usage. La seconde formation portait sur la pratique de l'entretien d'explicitation, afin de nous doter d'une stratégie de collecte de données qui soit en phase avec le cadre théorique.

### **3.2.1. La formation à l'outil d'évaluation**

Celle-ci s'organisait en trois temps. La première formation était dispensée par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CEES). Elle comprenait l'exploration du guide de formation et l'identification des différentes parties de l'OEMC pour la connaissance de l'outil (version papier). La deuxième formation s'inscrivait dans notre participation à la formation à l'évaluation dans le cadre de la 17<sup>e</sup> édition des Journées annuelles de santé publique (JASP), qui se sont tenues du 25 au 27 novembre 2013 à Montréal. Cette activité nous aura permis de valider notre compréhension des finalités poursuivies par les promoteurs de l'outil dans sa dimension gestion de services. Enfin, nous avons été conviée à suivre la formation aux outils cliniques (OEMC, SMAF, RSIPA, PSIAS, incluant une présentation du SMAF-social) avec des intervenants du SAD du CSSS de Trois-Rivières en décembre 2014. Cette formation, qui s'étendait sur deux jours, était donnée par une intervenante formée par l'Agence de Santé et de Services sociaux de Mauricie-Centre-du-Québec. Nous avons mentionné au groupe de participants que nous étions présente pour être initiée aux outils, et non pas à des fins d'observation. Cette précision nous semblait indispensable pour ne pas nuire à l'activité de formation et pour

pouvoir bénéficier nous-même pleinement de cette formation. Notre propre utilisation de l'outil nous a amenée à faire un constat de nature opératoire. À partir des cas cliniques proposés, partagés et de la présentation des groupes Iso-SMAF (distance euclidienne incluse), le travail d'appropriation se fait aussi au travers des échanges dans le groupe (justifications des cotations dans le SMAF, maniement du logiciel RSIPA, transfert des informations du dossier papier OEMC vers le PSIAS, etc.). Les différents outils et instruments sont testés et les cotations dans l'OEMC résultent d'une discussion sur le meilleur choix à effectuer dans l'évaluation<sup>48</sup>.

### **3.2.2. La formation à l'entretien d'explicitation**

En ce qui a trait aux techniques de collecte de données, nous avons pris part à deux formations à l'entretien d'explicitation. Dans la pratique professionnelle, le cœur de l'activité du praticien n'est pas immédiatement donné. L'entretien au sujet de la pratique est en grande partie prédiscursif (cognitif) et toujours transformé par (et pour) sa narration. Afin d'accéder à ce cœur de pratique, il faut interroger les activités cognitives de celui qui agit. L'entretien d'explicitation est une technique qui peut se comprendre à la lecture d'ouvrages mais qui requiert selon nous une formation pratique. Nous avons suivi les formations à l'entretien d'explicitation (stage de base en amont et le stage de perfectionnement en cours de collecte). Ces formations (Annexe 4) nous ont permis

---

<sup>48</sup> Le lien entre l'utilisation de ces outils à des fins de services à la personne (« évaluer le besoin pour le bon service ») et leur incidence sur l'organisation des services est clairement souligné. Il est rappelé que les statistiques tenues individuellement par les intervenants permettent de documenter l'atteinte des balises institutionnelles dont dépendent les dotations, donc le budget du CSSS. Les outils sont présentés comme permettant de collecter les informations cliniquement nécessaires pour que le SAD, en tant que système d'intervention, vienne soutenir la personne en perte d'autonomie fonctionnelle. Après la formation, chaque intervenant est invité à faire valider son appropriation des outils cliniques (OEMC, RSIPA, PSIAS) à partir d'un des dossiers de sa charge de cas. Par la suite, l'intervenant qui en éprouve le besoin dans sa pratique quotidienne bénéficiera d'un soutien clinique. Finalement, des évaluations individuelles sont effectuées dans le courant de l'année en prenant au hasard une situation dans la charge de cas des intervenants afin de valider l'intériorisation de la formation.

d'affiner le niveau d'information auquel on peut accéder par l'explicitation et d'acquérir une plus grande maîtrise de la technique de guidance et d'analyse que nous souhaitons appliquer par ce type d'entretien.

### **3.3. Collecte et analyse des données**

Tourmen mentionne que « [l]a prise en compte de la dimension cognitive de l'activité -- invisible -- pose des questions méthodologiques : Comment peut-on la rendre visible et l'observer? » (2012, p. 1). Du point de vue de la méthode, la difficulté consiste à accéder à la formulation d'une activité reposant en grande partie sur le langage intérieur, en référence au cadre conceptuel, et au langage communicationnel. Ce dernier doit alors quitter le registre du discours éventuellement reproductif des normes professionnelles et laisser accéder au langage intérieur qui accompagne l'activité.

La description de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est linéaire. Elle passe par la collecte d'informations auprès de la personne concernée, des membres de son entourage et des intervenants au dossier. Les informations sont recueillies pour interpréter la situation d'une personne à un moment donné. L'évaluation s'organise autour d'un outil standardisé pour la collecte des informations (OEMC, RSIPA) aboutissant à un classement (SMAF) selon la nature des besoins identifiés (groupes Iso-SMAF) servant à la formulation de la synthèse et à la communication des résultats. Elle se poursuit par une action concrète compensatrice de la perte d'autonomie fonctionnelle, action énoncée et structurée dans un plan d'intervention. La représentation linéaire des séquences de l'activité ne traduit pas le caractère itératif et simultané des actions imbriquées dans la démarche évaluative globale, liant un regard évaluatif continu (dans sa dimension mesure et dans sa dimension raisonnement), une action continue et une planification

réursive. L'évaluation est un processus complexe, au long cours et multidimensionnel. Le processus multidimensionnel lui-même représente un premier niveau de complexité; la finalité de l'évaluation n'est pas limitée au seul résultat (avoir rempli l'OEMC), elle s'étend à l'action relativement planifiée et adaptative qui en découle. Cette orientation est l'issue d'un raisonnement clinique mené dans le processus d'évaluation. Elle résulte de l'usage des divers moyens (tests, outils de repérage, OEMC, etc.) pour objectiver, comme nous l'avons écrit plus haut, « ce que l'on peut parvenir à discerner par tous les moyens à notre disposition » (Psiuk, 2012, p. 91). La communication de ces « signes et symptômes » (Psiuk, 2012, p. 91) nécessite cependant le recours au langage (parlé ou écrit) partagé par l'ensemble des acteurs de la situation, à savoir la personne elle-même, son entourage, les professionnels partenaires dans la situation, les organismes fournisseurs de services de santé et de services sociaux publics ou privés faisant réseau, etc. Cette communication constitue un deuxième niveau de complexité. La perte d'autonomie se présente comme le troisième niveau de complexité. En gérontologie, cette locution exprime le faisceau de déterminants imbriqués que doit dénouer l'évaluation. Le révélateur de la perte d'autonomie fonctionnelle est souvent un événement à caractère médical dont les conséquences concrètes entravent au quotidien la capacité fonctionnelle de la personne en cause. Le symptôme, dans cette acception large et non exclusivement médicale, est perceptible par « la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat, la parole » (Formarier et Jovic, 1993, p. 66) et renvoie au raisonnement clinique tel que nous l'avons délimité plus haut. Il est saisi dans un quotidien à la fois banal et primordial pour ses répercussions sur les actes de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, etc.), les conditions de vie (par exemple, vivre à domicile) et les capacités décisionnelles de la personne. La recherche qualitative nous semble particulièrement indiquée pour capter la

grande complexité de l'activité évaluatrice puisqu'elle « permet tout particulièrement d'étudier ces moments privilégiés [du quotidien] desquels émerge le sens d'un phénomène social » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 89). La quotidienneté à l'aune de la perte d'autonomie fonctionnelle doit être considérée comme un quatrième niveau de complexité. Pour ces raisons, nous avons réalisé une recherche empirique où le phénomène étudié s'appuie avant tout sur l'expérience des participants, et non sur une théorie préexistante à la recherche. Notre devis est donc partiellement inductif même si nous mobilisons des matériaux théoriques afin de construire l'objet et notre regard sur lui. Aucune hypothèse ne fut posée en amont dans une finalité vérificatrice de connaissances supposées ou attendues de savoirs, de procédures ou de protocoles dont on chercherait à mesurer l'efficacité ou de bonnes pratiques à promouvoir. Il s'agit de partir du particulier des situations pour en inférer une abstraction utile pour la formation professionnelle des TS. Dans une démarche déductive, les connaissances théoriques précèderaient la lecture des données à des fins de vérification des hypothèses explicites ou implicites de la recherche. Toutefois, la recherche inductive complète, comme dans la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967), suppose qu'il n'y ait aucune référence à des théories existantes. Or, l'inscription dans une perspective constructiviste est affirmée depuis le commencement de cette recherche, de sorte que nous qualifions la démarche d'induction partielle. Selon Deslauriers et Kérisit (1997), « on trouve dans un devis de recherche qualitative les éléments communs à tout projet de recherche » (p. 85). Ainsi, « le chercheur se pose une question et recueille des informations pour y répondre, il traite les données, les analyse et essaie de démontrer comment elles permettent de répondre à la question initiale » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 85). Les constituants de la problématique pour énoncer la question et les objectifs de recherche et les matériaux

théoriques sont porteurs du rapport au monde subjectif du chercheur et orientent ses choix méthodologiques. La première partie de cette section présente la démarche méthodologique pour explorer l'activité d'évaluation dans la pratique gérontologique des TS. Elle précise comment « le chercheur recueille des informations pour répondre à la question posée » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 85). Nous commençons par exposer la démarche globale avant de proposer chaque outil, les finalités poursuivies. Les outils sont exposés dans l'enchaînement chronologique de la collecte de données. La seconde partie s'intéresse au « traitement des données » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 85). La recherche qualitative repose sur l'emploi de méthodes d'analyse des données qui permettent de répondre à la question de recherche, et ce, dans le respect des règles de la recherche scientifique. Les informations collectées sont traitées en deux temps, soit par le biais d'une l'analyse thématique puis d'une analyse catégorielle conceptualisante.

### **3.3.1. Collecte des données**

Nous présentons les différentes collectes de données individuelles et collectives suivant le calendrier de leur mise en œuvre et en perspective des objectifs de la recherche. L'objectif 1, à savoir la description de la pratique individuelle, requiert des temps d'observation (Beaud et Weber, 2003) de même qu'un entretien de contexte de pratique (Martineau, 2005), un récit de pratique (Demazière et Dubar, 1997) et un entretien d'explicitation (Vermersch, 2010). À partir de cette connaissance de la pratique individuelle, la démarche est poursuivie dans l'objectif 2 pour inférer des savoirs de la pratique collective au moyen d'un entretien d'autoconfrontation croisée (Clot, 1999) et d'un groupe de discussion focalisé (Kalampalikis, 2011) avec les TS comme espace d'échange au sujet de ces savoirs émergents. Ces résultats ont ensuite été partagés avec

un groupe d'enseignants dans le but d'en valider le potentiel pour la formation initiale des TS au Québec, ce qui correspond à l'objectif 3 de la recherche. Le schéma ci-dessous propose une représentation graphique des différents outils mobilisés et de leur agencement.

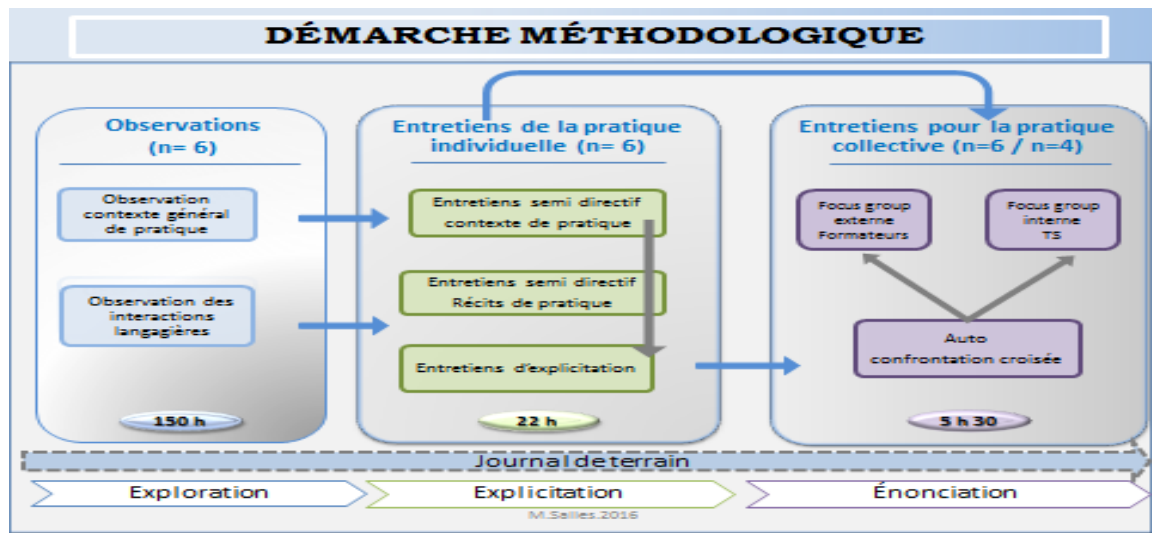


Figure 3: Démarche méthodologique suivie

L'enchaînement des outils se fait de façon progressive, allant de la collecte individuelle de données à la collecte collective de données, partant du principe que « des entretiens individuels précédant des entretiens de groupe produisent des données plus diversifiées que l'ordonnancement contraire » (Baribeau et Germain, 2010, p. 34). Nous faisons le choix de mobiliser une diversité d'outils et de techniques de collecte des données en vue d'accroître la profondeur de nos analyses.

Les auteurs suggèrent de choisir deux ou trois instruments pour colliger les données qualitatives. Le plus souvent, l'approche méthodologique conjugue l'entretien de groupe aux entretiens individuels et à l'observation participante, ou encore elle combine le questionnaire d'enquête aux entretiens de groupe. [...] Certains chercheurs préfèrent appliquer les dispositifs à deux populations différentes. Le dispositif, qu'il soit employé seul ou en triangulation avec d'autres, participe au développement des théories, à leur critique et à leur reformulation. (Baribeau et Germain, 2010, p. 33)



Pour aller plus loin que la description de la pratique des TS, deux entretiens favorisant la verbalisation articulent le passage d'une pratique réflexive individuelle, par l'entretien d'explicitation, à une pratique réflexive partagée, par l'entretien d'autoconfrontation croisée. En effet, « [c]e n'est par hasard si dans son œuvre suivante (*Les formes élémentaires de la vie religieuse*, 1912), cet auteur [Durkheim] parle de la duplicité de l'homme chez lequel coexistent deux êtres, un être individuel et un être social » (Cipriani, 2010, p. 40). Le même auteur argumente sur la nécessité de prendre en compte à la fois ces deux êtres.

Les suggestions apportées par Florian Znaniecki (1936) précisent encore les choses, dans la mesure où il fait apparaître -- comme il l'avait déjà fait avec Thomas dans *The Polish Peasant* -- les personnes entendues comme objet social, comme soi, comme entités dotées de statut social et de rôle. Il insiste surtout sur l'aspect social de chaque action individuelle, qui ne reste jamais un fait personnel mais est le précipité historique d'éléments sociaux et individuels en même temps. En effet, l'individu « est plutôt un ensemble composite d'actions, dont chacune se réfère aux objets de l'environnement, et qu'il est possible de comprendre et de définir uniquement par rapport à ces objets, sur lesquels il agit ou tente d'agir. (Cipriani, 2010, p. 41).

Nous mettons plusieurs techniques à contribution, dont l'entretien d'explicitation et l'autoconfrontation croisée. Ce choix sert le premier objectif pour décrire l'activité le plus finement possible par l'explicitation dans une démarche individuelle. L'enchaînement de ces deux entretiens veut favoriser le passage du sens individuel au sens collectif de la pratique. L'autoconfrontation croisée permet de faire la transition d'un déclaratif individuel à son énonciation à un pair, ce qui représente l'ébauche d'une covalidation de la pratique. Ces deux stratégies sont reconnues comme étant convergentes :

Malgré des cadres théoriques différents, l'autoconfrontation (Theureau, 1992), l'autoconfrontation croisée (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000) et

l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994) tentent de mettre en place des conditions favorables à une verbalisation de l'action. (Rix-Lièvre, 2010, p. 362)

La synthèse des principes communs à l'entretien d'explicitation et à l'autoconfrontation croisée de Rix-Lièvre (2010) souligne le rapport de concordance des deux méthodes, dans lesquelles : a) la pratique d'un acteur est étudiée dans son contexte ordinaire et le chercheur s'intéresse à cette activité, constituée d'actions effectives et singulières<sup>49</sup>; b) la compréhension et l'explicitation des pratiques ne peuvent se contenter de l'observation des comportements, de sorte qu'il importe de considérer la manière dont l'acteur vit la situation; c) le praticien réflexif est capable d'aborder sa propre pratique sous un jour nouveau; et d) la démarche consiste à reconnaître le caractère implicite des connaissances pratiques que l'acteur ne peut pas spontanément mettre à jour. En cela, chacune des méthodologies est construite comme une aide à la verbalisation de l'activité.

Ces similitudes assurent le caractère congruent de ces méthodes, alors que les différences attestent de la pertinence d'une utilisation croisée de techniques permettant « une confrontation de l'acteur à des traces d'activité » (Rix-Lièvre, 2010, p. 364). Ce chemin nous permet de passer d'une dimension individuelle à une dimension collective.

Pour un TS participant, les outils de collecte de données ont été répartis sur une période d'environ cinq semaines. Chaque collecte s'achève en introduisant l'étape suivante. Cet accompagnement dans le déroulement favorise l'inscription des TS dans le temps et la progression de la recherche et amène les TS à la réflexion sur ce qui a été fait et au dialogue avec la chercheuse sur l'objet de la recherche.

---

<sup>49</sup> En note de bas de page, l'auteur précise que, le cas échéant, la genericité est construite à posteriori à partir d'un travail portant sur les différentes actions effectives réalisées et appréhendées pour elles-mêmes dans un premier temps.

Notre intention était aussi de remettre à chaque étape la retranscription de l'entretien aux participants. Entre la passation des outils sur la pratique individuelle et celle des outils sur la pratique collective, dans l'optique de soutenir la dimension réflexive individuelle sur ce que fait le TS quand il évalue, nous avons procédé à la retranscription des entretiens et remis une copie verbatim sur format papier aux participants. Ces derniers ont ainsi accédé au contenu qui a été utilisé dans l'analyse, pouvant le valider et, le cas échéant, demander le retrait d'opinions qu'ils avaient émises.

### 3.3.2. Les outils mobilisés pour la pratique individuelle

Voici un tableau synthétique présentant les outils de collecte de données :

TABLEAU 6 : USAGE CHRONOLOGIQUE DES OUTILS DE COLLECTE

	<b>Collecte individuelle des données</b>
<b>Collecte 1</b>	Observation du contexte de pratique et des différentes activités des TS (suivis à domicile, rencontres cliniques, fonctions administratives, etc.).
<b>Collecte 2</b>	Entretien semi-directif sur le contexte de pratique des TS (validation de ce qui est observé, validation de la procédure institutionnelle attendue, questionnement du parcours du TS).
<b>Collecte 3</b>	Observation des interactions langagières à différents temps d'évaluation dans le déroulement ordinaire du travail du TS.
<b>Collecte 4</b>	Entretien semi-directif de type récit de pratique à partir d'un dossier choisi dans la charge de cas du TS.
<b>Collecte 5</b>	Entretien d'explicitation portant sur une activité d'évaluation vécue et choisie par le TS.

Nous reprenons chacun des outils mobilisés. Afin de faciliter la lecture de la méthodologie les temps d'observation et les entretiens individuels ont été regroupés<sup>50</sup>.

#### 3.3.2.1. Les observations

L'observation vise essentiellement à « rendre compte de ce qui a été observé afin d'en proposer une interprétation » (Martineau, 2005, p. 7). Elle s'inscrit dans une « position

<sup>50</sup> La numérotation des collectes passe donc de 1 à 3, la collecte 2 (entretien sur le contexte de pratique) est présentée avec les entretiens de la collecte individuelle.

épistémologique [qui] n'est pas un choix neutre et sans incidence sur l'usage de l'outil de cueillette de données qu'est l'observation en situation » (Martineau, 2005, p. 7). L'activité d'observer consiste en un triple mouvement de « perception, mémorisation, notation » (Beaud et Weber, 2003, p. 139). Le choix d'une posture interactionniste oriente le regard du chercheur, qui « accordera une attention particulière aux interactions entre les acteurs lorsqu'ils coconstruisent leur monde » (Martineau, 2005, p. 7). Nous postulons que l'activité d'évaluer dans les métiers relationnels est d'abord et avant tout une interaction entre le TS et ses interlocuteurs, à savoir la personne âgée concernée directement par la situation de perte d'autonomie et son entourage à la fois familial et professionnel. Au sein de cette interaction microsociale (la situation) reliée au contexte macrosocial (les politiques publiques de la santé), les acteurs coconstruisent leur monde remanié par la perte d'autonomie fonctionnelle d'un de ses membres.

L'observation directe s'effectue en immersion dans le quotidien de l'activité, dans son déroulement ordinaire. Pour la chercheuse, ce terrain doit être à la fois proche et éloigné. Proche pour pouvoir comprendre les enjeux et ne pas se montrer trop naïve dans les situations rencontrées, et éloigné dans le sens où le fait d'enquêter dans son milieu, notamment professionnel, pourrait nuire à la nécessaire distanciation<sup>51</sup> face aux objets et à la situation de recherche. La connaissance que nous avons des contextes de pratique au Québec et notre appartenance au domaine de l'intervention sociale assurent la proximité. Pour autant, la chercheuse n'est pas impliquée dans le milieu professionnel ce qui garantit la distance<sup>52</sup>. Nous retiendrons que « l'expérience antérieure d'un dépaysement social de

---

<sup>51</sup> Posture qui peut être similaire à celle qui a été prise par Favret-Saada sur la sorcellerie (1977).

<sup>52</sup> Cette distance est aussi géographique, nous n'avons que très peu de risques lors des visites à domicile de connaître des aidants ou des personnes en pertes d'autonomie

la part de l'enquêteur lui permet de mieux comprendre les gens de "l'intérieur", de mieux resituer des points de vue différents » (Beaud et Weber, 2003, p. 17).

Nous choisissons la posture de l'observation directe non participative. L'objet de la recherche, à savoir la pratique des professionnels, fait appel à des TS expérimentés ayant une habilitation et une expérience que nous ne possédons pas. Le statut d'observateur complet semble le plus adapté pour nous : « le chercheur ne fait qu'observer et ne prend aucunement part à l'action; bien que reconnu comme observateur, il réalise une intégration en retrait » (Martineau, 2005, p. 9). Cette désignation d'observateur complet est inspirée de la classification de Gold (1958, p. 222), qui en donne la définition suivante :

*A complete observer remains entirely outside the observed interaction; he faces the greatest danger of misunderstanding the observed. For the same reason, his role carries the least chance of "going native." The complete observer role is illustrated by systematic eavesdropping, or by reconnaissance of any kind of social setting as preparation for more intensive study in another field role.*

Mais, l'observateur complet est parfois entendu comme l'observateur « non déclaré »<sup>53</sup>.

Dans la classification d'Adler et Adler (1987), nous retrouvons la notion d'observation participante périphérique, que Lapassade (2002) présente comme suit :

Les chercheurs qui choisissent ce rôle - ou cette identité - considèrent qu'un certain degré d'implication est nécessaire, indispensable pour qui veut saisir de l'intérieur les activités des gens, leur vision du monde. Ils n'assument pas de rôle actif dans la situation étudiée et ils restent ainsi à sa « périphérie » (p. 379).

Nous prenons donc soin de rester en périphérie de l'interaction mais dans la situation.

---

<sup>53</sup> « L'observateur complet : c'est celui qui, dans un laboratoire de dynamique de groupe, se cache derrière une glace sans tain pour observer les comportements d'un groupe soumis à des expérimentations sans savoir qu'il est observé. Junker cite cet exemple sans le développer » (Lapassade, 2002, p. 379).

### 3.3.2.1.1. Collecte 1 : L'observation du contexte général de la pratique

L'observation nécessite l'utilisation d'un guide d'approche de la pratique (Martineau, 2005). Pour ce faire, nous avons adapté au contexte du SAD la grille des composantes de la pratique d'enseignement qui sont considérées lors de l'analyse des données relatives aux pratiques annoncées et observées (Lenoir, 2010, p. 127). Dans la multitude des actes posés par le praticien, cette grille cible ce qui est pertinent de relever dans les objectifs de recherche. La prise de notes est effectuée dans l'instant (observation des activités au bureau) ou à rapporter « en mi-journée ou fin de journée (pour toutes les situations d'interaction). Comme l'observation du contexte précède le premier entretien, elle permet de retenir les points à valider lors de l'entretien de contexte de pratique.

[L'observation] suppose un va-et-vient permanent entre vos perceptions, leur explicitation mentale, leur mémorisation et le cahier (journal de terrain) sur lequel vous prenez des notes. Elle est une vigilance aiguë par des informations extérieures et des questions qui évoluent au fur et à mesure de la poursuite de votre travail. (Beaud et Weber, 2003, p. 143)

L'observation est descriptive et fractionne en quatre phases le processus d'évaluation effectué par le TS : entrée au dossier, rencontres et contacts avec la personne et les personnes impliquées au dossier, complétion de l'outil d'évaluation, et transmission du résultat de l'évaluation. Nous avons eu accès à ces quatre pans de l'activité d'évaluation au travers de diverses situations auprès des différents participants. En amont du terrain, dans le temps de la collecte de données, il nous paraissait illusoire de pouvoir observer l'ensemble du processus d'évaluation pour une ou plusieurs situations. Toutefois, la segmentation de l'activité permet de reconstituer le processus complet au moment de l'analyse à partir des différentes situations rencontrées.

Ces thématiques exploratoires du déroulement de l'activité s'affinent au fil des situations dans un cadre préétabli mais relativement souple. Notre guidance générale correspond à « ce que fait » le TS, « comment il le fait » (conditions et modalités opératoires) et « avec qui il le fait » (activité partagée). Cette porosité de la méthode vis-à-vis de la situation reste dans les limites des finalités de la recherche car, en effet, « [v]ous ne pouvez pas les inventer hors terrain [le guide d'observation et le guide d'entretien], sans quoi vous vous condamnez à n'observer que ce que vous connaissez déjà » (Beaud et Weber, 2003, p. 144-145). Proposées en amont, les observations orientent les entretiens de contexte de pratique. Elles permettent de saisir concrètement le contexte de pratique qui sera le support de l'entretien. Nous validons donc ainsi avec chaque TS la pertinence des observations faites en nous appuyant sur des moments concrets observés<sup>54</sup>.

#### 3.3.2.1.2. Collecte 3 : L'observation systématique des interactions langagières

Le second temps d'observation s'est déroulé le plus souvent à la suite de l'observation du contexte et de l'entretien de contexte de pratique dans le but de collecter dans l'activité les interactions langagières du TS. Cependant, il nous semblait parfois complexe de départager les deux objets d'observation (du contexte de pratique et d'interactions langagières), du fait notamment des opportunités du terrain, comme une visite à domicile programmée à l'agenda du TS, que nous avons saisi dès que possible.

Les TS interviennent dans une pratique clinique faite davantage de paroles que de gestes (Couturier, 2006). La relative invisibilité d'une partie de l'activité (que nous

---

<sup>54</sup> Rétrospectivement l'observation avant les entretiens nous a permis de protéger l'entretien de contexte de pratique des commentaires sur la réforme en cours. Réforme qui n'est pas sans incidence sur la pratique mais qui au moment des différentes collectes étaient des craintes anticipées.

envisageons comme communauté de pratique de l'évaluation) doit donc être dépliée pour que nous puissions en décoder le sens.

Qu'en est-il de la verbalisation de l'action? La parole, au même titre que les gestes, peut être considérée comme un acte. Ces instruments symboliques (les mots et les phrases), psychologiques, pour reprendre la terminologie de Vygotski, sont très peu analysés dans le contexte (de classe en ergonomie). Pourtant, l'action se fait et se défait à l'aide des mots. En passant de la conception intérieure au langage exprimé, la pensée se transforme tout comme elle est transformée par les mots de l'autre au cours du dialogue. (Yvon et Saussez, 2010, p. 16)

Dodier, dans son étude sur la pratique de la médecine du travail, va dans le même sens : « Voici des médecins [du travail] qui ne soignent pas, qui n'ont pas le droit de prescrire, mais qui rendent des avis » (1993, p. 14). Nous ne pouvons que souligner la similitude de ce type d'intervention avec celle des TS, qui font des évaluations à la suite desquelles ils émettent des recommandations dont la réalisation incombe le plus souvent à d'autres intervenants. Dodier propose alors de recourir à « l'observation détaillée des séquences d'interaction [qui] permet à l'auteur de mettre en évidence des règles et des objets qui guident les experts dans leur travail » (Dodier, 1993, p. 24).

Afin d'orienter l'observation de « l'action [qui] se fait et se défait à l'aide des mots » (Yvon et Saussez, 2010, p. 16), nous retenons que l'interaction se déroule dans une « rencontre définie par la fonction » (Beaud et Weber, 2003, p. 162). En effet, l'intervention du TS est légitimée par le mandat qu'il détient au titre de sa profession et de représentant d'une institution, soit le CSSS. La pratique d'évaluation des TS n'est pas construite sur l'interconnaissance et l'intimité, mais par la rencontre de ses fonctions, notamment évaluatives, et de la demande de la personne âgée.



Nous retenons plusieurs aspects : à quel titre les personnes rencontrées sont les interlocuteurs du TS dans l'activité d'évaluation (personne âgée, entourage, professionnels)? Quel est le sens, la finalité de l'interaction (quel interlocuteur demande la rencontre, motif de cette rencontre)? Le descriptif porte sur le déroulement temporel de l'interaction (entrée et sortie de l'interaction, étapes de cette interaction), ses conditions spatiales (rencontre en face à face ou entretien téléphonique), ses registres de l'échange (thèmes abordés, quel interlocuteur demande d'aborder un nouveau thème, ton de l'échange), le vocabulaire utilisé (professionnel ou profane).

Les supports (documents utilisés en interaction, dont l'OEMC), les moyens techniques (ordinateur, carnet de notes, etc.) et les méthodes d'entretien (relances de vérification, écoute active, etc.) sont répertoriés. Dans la pratique des TS, comment l'OEMC est utilisé et comment il influence cette pratique. Pour ce faire, nous devons :

[...] noter à chaud un premier compte rendu, de donner un titre à l'entretien, de résumer la position de votre enquêté, de noter ce qui s'est passé avant le début et après la fin de l'enregistrement, [de noter] le schéma spatial et le schéma temporel, les mots importants, d'essayer de comprendre ce que la situation observée a signifié pour l'enquêté, les malentendus. (Beau et Wéber, 2003, p. 146)

Nous avons opté pour l'observation avec une prise de notes postérieure au lieu de l'enregistrement des rencontres à partir des indicateurs énoncés ci-dessus. Ce choix rejoint le primat de la situation qui est soutenu dans la didactique professionnelle. Il contourne les effets de l'enregistrement audio, qui viendraient interférer avec les activités du TS pouvant générer de la gêne pour eux-mêmes comme pour leurs interlocuteurs.

Pour cette même raison, lorsque nous étions en situation d'observation, nous faisons en sorte de nous placer physiquement légèrement en retrait de l'axe d'échange visuel entre le TS et la PA plus tournée vers le TS que la PA. Le schéma suivant illustre la posture (M) choisie lors de ces rencontres chaque fois que cela a été possible.

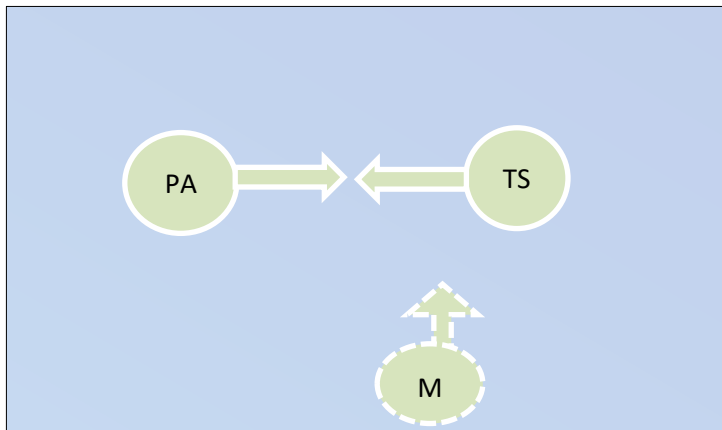


FIGURE 4 : POSTURE EN OBSERVATION LORS DE L'INTERACTION TS /PA.

Cependant, la présence de l'entourage (parfois jusqu'à trois membres de la famille) et l'exiguïté des lieux visités dans certains cas, dans d'autres, l'installation rituelle autour de la table où, chacun des participants, au fil des suivis retrouve sa place, n'ont pas toujours permis cette posture.

Nous comptabilisons 150 heures d'observation, appuyées par une prise de notes directe pour l'observation du contexte de pratique (collecte 1) et une prise de notes rétrospective (collecte 3) pour les temps passés en présence des personnes âgées.

### 3.3.2.2. *Les entretiens*

Trois types différents d'entretiens individuels ont été proposés aux TS participants. Ils visent à approfondir les observations et à poursuivre la collecte des données. La première forme d'entretien, qui s'intéresse au contexte de pratique, sert à croiser les informations saisies en observation. La deuxième forme d'entretien, qui porte sur le récit

de pratique d'évaluation, prolonge la connaissance de l'activité d'évaluation du participant. Ces deux entretiens sont couplés aux deux temps d'observation. Enfin, la troisième forme est un entretien d'explicitation qui vise l'approfondissement d'un moment de l'activité le plus souvent observée ou évoquée dans un des entretiens précédents.

Nous l'avons précisé dans la section 3.1 abordant le choix de l'organisation, les entretiens se déroulent dans l'horaire de travail des TS. Nous convenons avec chaque participant du moment le plus opportun pour lui (pour certains, avant ou après leur journée de travail pour ne pas nuire à leur emploi du temps, convenance personnelle, etc.), en fixant la durée maximale de l'entretien à 90 minutes pour faciliter la gestion des agendas<sup>55</sup>. Un seul entretien a dû être repoussé à un moment ultérieur parce que le TS avait été appelé à intervenir en situation d'urgence.

Du point de vue méthodologique, l'entretien semi-directif est « centré sur un seul point » (Beaud et Weber, 2003, p. 213), sa conduite revient à lui « imprimer une direction » (Beaud et Weber, 2003, p. 215). Il nécessite une guide d'entretien listant les thématiques à aborder avec les participants. En effet, une guidance trop rigide de l'entretien entrave l'enchaînement des idées du participant en lui imposant la posture de répondant et non celle d'interlocuteur auprès duquel on cherche à s'informer.

L'entretien semi-directif utilise des techniques de relance, qui consistent à « s'appuyer sur ce que vient de dire l'interlocuteur, en reprenant son expression, [à] lui demander de préciser [ce qu'il dit] » (Beaud et Weber, 2003, p. 217). Il doit à la fois contraindre à

---

<sup>55</sup> Si, dans le déroulement de l'entretien, cette durée risquait d'être dépassée, nous avons validé avec le TS sa disponibilité afin de pouvoir poursuivre.

l'exploration des thèmes et permettre le prolongement de la parole du TS tout en limitant les suggestions induites par la chercheure.

Ainsi, nous avons préparé les entretiens en suivant les recommandations de Beaud et Wéber (2003) à l'effet de « noter les thèmes et quelques questions précises, de faire un récapitulatif de ce que l'on sait d'avance sur la personne, de faire usage d'un carnet de notes au cours de l'entretien » (p. 207).

L'entretien semi-directif est sensible au verbe et à la mise en forme langagière de l'activité, que « seul l'enregistrement permettra de capter dans son intégralité toutes les dimensions de la parole de l'interviewé » (Beaud et Weber, 2003, p. 209). Les entretiens semi-directifs ont donc été enregistrés en vue de leur retranscription, ce qui impliquait de faire une demande en ce sens au participant avant l'enregistrement, requête qui fut acceptée par tous et à chaque temps de la collecte de données.

#### 3.3.2.2.1. Collecte 2 : L'entretien de contexte de pratique

L'enjeu principal de ce type d'entretien consiste à « faire raconter et décrire leur pratique. Invitez-les à parler de ce qu'ils font » (Beaud et Wéber, 2003, p. 221). D'une durée approximative de 60 minutes, ce premier entretien approfondit les éléments observés qui orientent les pratiques (Annexe 6). Il saisit le point de vue du TS sur les influences du contexte<sup>56</sup> (milieu institutionnel, soutien à domicile, etc.) afin de distinguer entre les conditions organisationnelles et pratiques de l'activité.

---

<sup>56</sup> L'observation a débuté dans la semaine du 19 janvier 2015 et s'est achevée à la mi-mai 2015. Le contexte de réforme du réseau de la santé n'est pas très présent dans les entretiens de contexte de pratique, les effets de la réforme de la loi 10 ayant touché concrètement les milieux de pratique à partir de l'automne 2015.

Ultimement, au moyen de ce premier entretien, nous stabilisons les informations relatives aux TS (durée de la pratique, entrée au soutien à domicile, charge de travail, pratique de l'évaluation, formation reçue en gérontologie). Ces éléments feront l'objet de la section ultérieure (4.2 présentation des six participants).

#### 3.3.2.2.2. Collecte 4 : L'entretien de récit de pratique

Le second entretien semi-directif, d'une durée maximale de 90 minutes, fait appel au récit de pratique des TS. « Afin de saisir leurs propres interprétations de leurs expériences » (Demazière et Dubar, 1997, p. 57), il est demandé aux participants d'aborder cet entretien individuel à partir d'un dossier effectif d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle d'une personne. Cet accès à la pratique par un dossier concret souhaite limiter les effets d'un discours possiblement porteur d'une posture professionnelle ou institutionnelle ou de légitimation dans la mise en scène de soi (Goffman, 1959) ou de l'illusion biographique (Bourdieu, 1986). Or, ces éléments de discours ne sont pas pertinents pour notre recherche car ils sont trop représentationnels d'un idéal en lieu et place d'une pratique. Le recours aux traces matérielles (formulaire d'évaluation, notes évolutives du praticien) offre la meilleure garantie de recomposer les étapes de cette activité. Au cours de l'entretien, le dossier soutient le TS dans l'approfondissement rétrospectif de ce qui a été fait, les évolutions, les bifurcations de son activité dans une situation particulière. Le dossier permet au TS de reconstituer toutes les étapes franchies dans la situation, y compris celles qui ne sont pas inscrites dans les notes évolutives, puisqu'il serait candide de penser que toutes les activités y ont été mentionnées.

Nous demandons à chaque TS de choisir un dossier représentatif de l'ensemble des étapes de sa pratique professionnelle en évaluation. Le dossier retenu doit avoir été mené par le TS et considéré par lui comme mobilisant son expérience. Ce faisant, nous nous exposons au risque du choix par le TS du cas extraordinaire et, par conséquent, nous adoptons la posture de Dodier en la transposant à notre objet de recherche : « En nous concentrant sur l'expertise médicale, nous devons consentir à reléguer au deuxième plan la dimension thérapeutique de la médecine » (1993, p. 14). En concentrant notre attention sur « l'expertise évaluative », nous devons nous résoudre à rester sur cette unique dimension.

Concrètement, certains dossiers actifs depuis plusieurs années ont été ouverts par un autre TS ou un autre professionnel du service SAD. La situation évolutive de l'autonomie de la personne fait que le dossier entre dans la charge de cas du TS au bout d'un itinéraire administratif et professionnel parfois complexe. C'est le cas des situations à priori hors de l'ordinaire se déroulant par exemple dans des contextes de maltraitance ou de refus d'intervention, où les infirmières et les ergothérapeutes en appellent à l'expertise des « intervenants sociaux ».

Comme pour le type d'entretien précédent, nous optons pour la guidance thématique (Annexe 7), qui débute par la présentation de la situation de la personne et reconstruit le récit chronologique de l'intervention. Pour ce faire, le TS a sous les yeux le dossier, qui n'est pas partagé avec la chercheuse. Lors de l'entretien, il est demandé au TS de faire le lien entre les actions posées pour reconstruire les étapes en fonction de ce que requérait la situation exposée. L'entretien de récit de pratique permet de reconstituer à postériori

les étapes de l'action, les sollicitations, les questionnements, les avancées et les doutes du TS en lien avec la situation dans laquelle il intervient.

L'entretien exige une posture de neutralité de la part de tout chercheur, et le récit de pratique demande de questionner et d'accepter toute activité ou commentaire apportés par le TS. Comme il a été précisé plus haut, la recherche ne vise pas à valider une pratique ou à évaluer les TS dans cette pratique, mais à en saisir le sens. L'analyse demeure centrée sur ce qui est fait tel que cela est présenté par le praticien. Elle participe à la description de la pratique et ébauche les structures stables<sup>57</sup> repérées dans le raisonnement suscité au cours de l'activité.

#### 3.3.2.2.3. Collecte 5 : L'entretien d'explicitation

Le troisième type d'entretien individuel est l'entretien d'explicitation (Annexe 8), par lequel nous cherchons à approfondir la verbalisation de l'action et à accéder aux savoirs pratiques (Vermersch, 2014; 1994). Cette technique d'entretien est particulièrement indiquée pour décrire le plus finement possible les strates de l'action et de la pensée dans l'action, c'est-à-dire « la description du déroulement d'une action telle qu'elle a été effectivement mise en œuvre dans une tâche réelle » (Vermersch, 1994, p. 18). L'entretien porte sur « ce qui n'était que simplement vécu » (Vermersch, 1994, p. 24) et sert à rendre explicite ce qui reste usuellement non-dit dans le déroulement des actions. Il consiste à revenir sur une activité précise et limitée dans le temps en vue d'accéder à l'intelligibilité du processus cognitif (« comment tu sais », « comment tu fais ») mobilisé. L'entretien d'explicitation ne recherche pas la justification (le « pourquoi ») de l'activité, l'action, de sa légitimité, etc.

---

<sup>57</sup> Nous parlons de structures stables comme repérage initial d'invariants opératoires de la pratique des TS.

En d'autres termes, le but de l'entretien d'explicitation n'est pas de revenir sur les critères de réussite (donc sur le résultat), mais sur ce que fait le TS lorsqu'il fait ce qu'il fait (l'action elle-même), quand il déploie son savoir-faire pour évaluer. En effet, une action est toujours située, ce qui revient à dire qu'elle n'est jamais décontextualisée, qu'elle s'inscrit dans ce que Vermersch (2010) nomme le système des informations satellites de l'action vécue, que nous reproduisons dans le schéma ci-dessous :

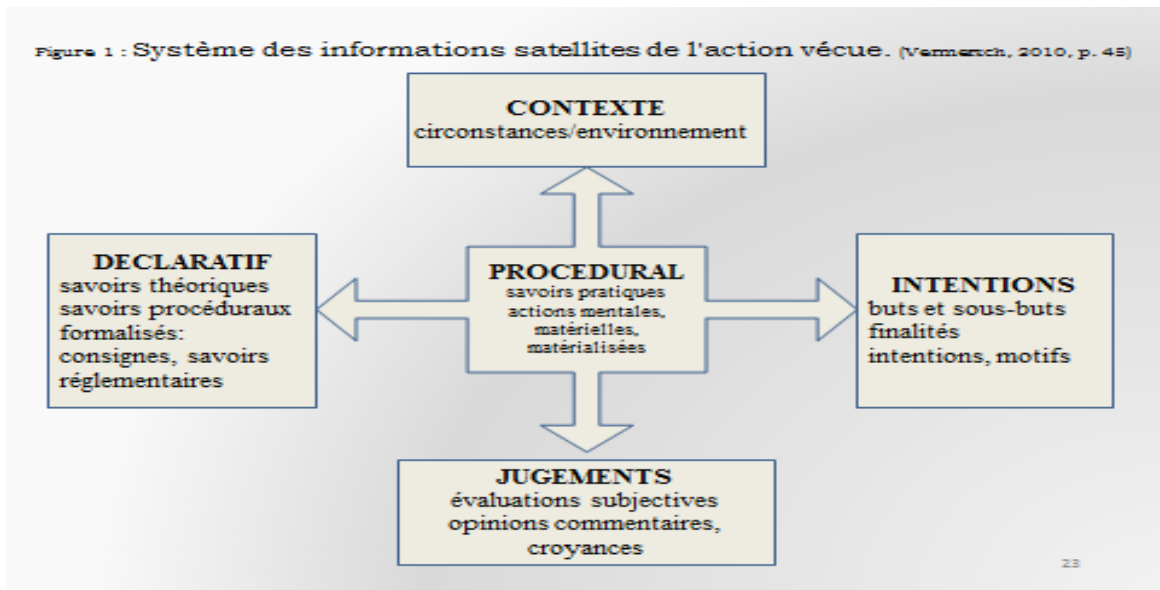


FIGURE 5 : SYSTÈME DES INFORMATIONS SATELLITES DE L'ACTION

L'action (le procédural) est toujours située dans un contexte, avec des intentions, et elle est soutenue par des jugements dans un déclaratif d'arguments.

Cela suppose, à travers la mise en mots, d'accéder au langage intérieur, aux opérations cognitives, aux éléments qui structurent l'action du TS. Toutefois, ces composantes ne sont pas directement accessibles. L'entretien d'explicitation « est basé sur le guidage de la personne vers cette activité réfléchissante et propose pour ce faire une médiation [qui] vise à laisser la personne en évocation de son vécu » (Vermersch, 1999, p. 15).

La technique de guidance de l'entretien d'explicitation est synthétisée en trois points :



- 1) Le TS n'est plus en situation d'intervention et son activité consiste alors à se souvenir de ce moment de l'intervention afin d'accéder à ce que les cognitivistes appellent la mémoire concrète. Dans le cadre de la recherche, la situation visée par l'entretien peut être un moment situé d'une activité choisie par le TS. Cette évocation nécessite de délimiter une situation (l'évaluation développée au cours du récit de pratique) et un temps de l'action de cette situation en particulier (par exemple, ce peut être la première visite du TS à domicile, le moment où le TS se dit que la personne est inapte, etc.). Pour la chercheuse, l'exploration des résultats des méthodes mobilisées en amont de cet entretien facilite le repérage de l'action dans le processus d'évaluation et la guidance de cette mise en évocation.
- 2) Le TS est accompagné par la chercheuse dans son activité évocatrice, ce qui lui permet de fragmenter les moments de l'activité décrite. Ce ralentissement du film de l'action aide le TS à prendre conscience des activités effectuées et des décisions prises dans le courant de la situation et de ses activités;
- 3) Le TS est invité à revenir sur ce moment de l'intervention pour en saisir l'épaisseur, les différentes couches simultanées que contient toute activité, et proposer des descriptions successives.

Ainsi, l'entretien d'explicitation peut permettre au TS de rendre compte des différentes opérations effectuées dans un moment précis de l'acte d'évaluer.

L'engagement et la dimension réflexive de la méthodologie nécessitent la pleine adhésion des TS et renforcent la condition première du volontariat pour le recrutement des participants. La planification de l'entretien d'explicitation après les temps

d'observation et les autres formes d'entretien crée certainement une condition favorable à l'acceptation par les TS de la mise en évocation. Les étapes précédentes de collecte (observation et entretiens, la remise des verbatim) ont installé un niveau de confiance permettant de passer à un registre d'entretien plus approfondi.

La technique choisie favorise une mise à jour de l'implicite, de l'action contenue dans la pensée utilisée, pour concrétiser ce que Vygotski (1997/1934) nomme le langage intérieur. Ces implicites contribuent à accéder à l'épaisseur de l'action, que Vermersch désigne comme le « système des informations satellites de l'action vécue » (2010, p. 45). Pour ce faire, les TS volontaires ne doivent pas se sentir menacés par les méthodes employées.

### **3.3.2.3. Les outils mobilisés pour la pratique collective en travail social**

Voici un tableau synthétique présentant les outils de la collecte collective de données.

TABLEAU 7 DÉROULEMENT CHRONOLOGIQUE DES COLLECTES DE DONNÉES COLLECTIVES

	<b>Collecte collective des données</b>
<b>Collecte 6</b>	Entretiens d'autoconfrontation croisée (Clot, 1999) regroupant deux à deux les TS se présentant mutuellement ce qu'ils ont fait dans une situation précise, la chercheuse prenant une posture d'observatrice et de guidance des échanges.
<b>Collecte 7</b>	Groupe de discussion auprès des TS (Kalampalikis, 2011). Les premiers résultats de l'analyse ont été proposés et discutés avec les praticiens volontaires.
<b>Collecte 8</b>	Groupe de discussion auprès des enseignants. Les premiers résultats de l'analyse ont été proposés et discutés avec des enseignants impliqués dans la formation des TS.

La pratique individuelle des TS ne suffit pas à inférer immédiatement une pratique collective. Les éléments issus des pratiques individuelles doivent être pour tout ou partie

reconnus comme savoirs transversaux de la pratique (mobilisés dans les activités), voire communs, malgré la différence des actions (du « faire » mobilisé pour les réaliser). Pour nous, cette reconnaissance des savoirs de l'activité passe par la validation entre pairs des résultats des collectes de données individuelles et la prolongation de ces mêmes collectes. La conceptualisation des activités suit un mouvement de généralisation des pratiques individuelles des participants vers un collectif de pratiques reconnues, partagées par ces mêmes participants.

Ce passage au collectif constitue un premier mouvement d'abstraction des savoirs émergents de la pratique. Cette étape contribue à répondre au deuxième objectif de recherche et prépare le travail pour le troisième objectif. Pour ce faire, chronologiquement les outils de collecte sont :

- six entretiens d'autoconfrontation croisée conduits auprès des six TS observés et entendus;
- un groupe de discussion focalisé interne réunissant les six TS observés et entendus;
- un groupe de discussion focalisé externe mené avec quatre enseignants intervenant dans la formation des TS.

L'appartenance des TS à une même institution et à un même service et le fait qu'ils aient les mêmes fonctions dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle facilite la mise en œuvre des méthodologies mobilisées pour la pratique collective.

#### 3.3.2.3.1. Collecte 6 : Autoconfrontation croisée

Par ce dispositif, il s'agit de proposer à un acteur de commenter son activité afin de « saisir la logique de l'action » (Rix-Lièvre, 2010, p. 366). Clot et Faïta (2000) différencient deux entretiens. Dans le cas de l'autoconfrontation, le chercheur met un

acteur face aux traces de son activité<sup>58</sup> et lui demande de commenter cette dernière. La seconde configuration, soit l'autoconfrontation croisée, suppose l'intermédiaire d'un pair, le chercheur se cantonnant alors au rôle d'observateur de l'interaction entre les deux intervenants. Elle propose de produire une expérience commune portant sur l'expérience professionnelle partagée dans un type d'activité. Nous avons choisi l'autoconfrontation croisée parce qu'elle donne une plus grande place aux intervenants. De plus, ce dispositif a pour « objectif [...] d'aider les acteurs à décrire, penser et reconstruire autrement leur travail d'un point de vue tant individuel que collectif » (Rix-Lièvre, 2010, p. 366). Ceci correspond au deuxième objectif de la recherche.

En fait, l'autoconfrontation croisée entre deux TS consiste à passer d'une énonciation individuelle de l'activité à son énonciation partagée par deux pairs. Ce genre d'entretien « vise avant tout à créer un cadre permettant le développement de l'expérience professionnelle du collectif engagé dans ce travail de co-analyse » (Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2000, p. 4). Cette rencontre de deux acteurs expérimentés sert à valider dans la situation « ce qui se révèle possible, impossible ou inattendu au contact des réalités » (Clot, 1999, p. 140). Les TS commentent les activités quand elles sont poursuivies, reportées, détournées empêchées qui sont au centre du raisonnement clinique de l'évaluation. Nous y voyons la possibilité pour les TS « d'éclairer les conflits de l'activité et d'impulser un développement » (Clot et Faïta, 2000, p. 35).

Dans la foulée de l'entretien d'explication, qui permet d'aller chercher, par la sollicitation du langage intérieur, ce que fait le TS et comment il le fait,

---

<sup>58</sup> Le recours à l'enregistrement vidéo est largement utilisé comme support, l'image servant de base à l'analyse de l'activité par l'acteur qui a été filmé.

l'autoconfrontation croisée demande au TS de commenter son activité dans un langage communicationnel en présence d'un pair expérimenté.

[...] chacun voit dans l'activité de l'autre sa propre activité, la retrouve sans pouvoir la reconnaître tout à fait. C'est à la fois la même et pas la même [...]. Le commentaire croisé oriente les dialogues sur la confrontation des « manières de faire » différentes pour atteindre les mêmes objectifs ou s'en fixer d'autres. (Duboscq et Clot, 2010, p. 265)

Nous avons choisi d'alléger le dispositif technique de l'autoconfrontation croisée (Annexe 9), qui intègre habituellement la captation vidéo de l'interaction. Tout d'abord, il nous semblait peu réaliste de vouloir capter intégralement en images les différents temps du processus d'évaluation d'un dossier. Ensuite, l'enregistrement vidéo nous apparaissait trop intrusif tant pour les professionnels que pour les personnes âgées. Enfin, le raisonnement clinique n'est pas directement saisissable par l'image puisque seules les traces corporelles (gestes, mots) témoignent du réalisé. Ayant accédé par l'explicitation au vécu de l'activité, nous souhaitons valider entre pairs certains traits communs qui émergent de la pratique. La situation d'entretien proposée s'inspire donc de la technique de l'autoconfrontation.

Disons-le de façon brutale pour lever toute ambiguïté : la vidéo, l'enregistrement des traces de l'activité, n'est qu'un prétexte pour provoquer une autre activité. L'action passée qui a été consignée par vidéo n'est que le point de départ pour permettre au sujet de découvrir des bifurcations possibles de celle-ci, autrement dit pour « ouvrir » et « déplier » les possibilités. (Yvon et Saussez, 2010, p. 16)

En fait, nous voulons davantage conforter que confronter les façons de faire entre les TS quand ceux-ci évaluent. L'exercice cherche à valider entre pairs la formulation de leur raisonnement clinique par le passage du langage intérieur au langage communicationnel. Après la tenue des entretiens individuels, nous postulons que le TS regroupe les divers indices collectés en « tas » dans un mouvement de préconceptualisation, en référence à

Vygotski (1997/1934), selon la signification qu'il attribue auxdits indices. Ce mouvement reconstruit le raisonnement clinique du TS dans le cours de la démarche d'évaluation à partir de la collecte d'informations sur l'autonomie fonctionnelle de la personne rencontrée.

L'autoconfrontation croisée permet la « transformation d'une activité grâce aux dialogues internes, interindividuels et collectifs » (Rix-Lièvre, 2010, p. 365) puisqu'elle « pousse à manifester des dimensions ignorées dans sa propre expérience » (Clot, 1999, p. 150). En ce sens, elle participe à la validation des directions données à l'activité par les TS et entre TS expérimentés.

La situation d'autoconfrontation croisée regroupe deux à deux les TS entendus et observés antérieurement. Chaque entretien suit la même structure, le premier TS qui prend la parole présente une situation de son choix et ce qu'il a été amené à faire. Il exprime à haute voix les informations collectées et retenues, témoignant ainsi de son raisonnement clinique. Autrement écrit, quelles informations sont saisies, retenues et analysées. Le TS présente les informations cliniques (les signes et indices issus de la situation) qui font l'objet d'un processus d'abstraction préconceptuelle catégorisante dans la mise en discours qu'il en fait pour son interlocuteur. En fait, le TS formule comment il en arrive à ses conclusions pour intervenir. Son interlocuteur, TS comme lui, avec une expérience en dure comparable le questionne, sert de révélateur des orientations de l'activité. L'autoconfrontation croisée représente un outil où « le sujet défait et refait les liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire ou encore ce qui serait à faire » (Duboscq et Clot, 2010, p. 265).

Chacun des six TS assume alternativement les postures (présenter et questionner) dans le but d'optimiser la situation de confrontation de l'activité. Ils reconnaissent ou non des aspects de leur propre pratique. La chercheuse, en tant qu'observatrice des trois dyades, intervient occasionnellement pour recentrer les objectifs de la mise en situation et s'assurer que les interactions entre les participants demeurent respectueuses, tout en admettant la valeur des échanges voire des controverses lors des interactions entre pairs. Le cœur de la pratique étant essentiellement verbal, les échanges au sein des dyades sont enregistrés sur un support audio.

Pour ces entretiens, nous avons associé des TS qui, selon les premiers résultats de l'analyse, font preuve de pratiques similaires et sur un registre plus personnel d'affinités. En effet, si la confrontation est pertinente, elle présente aussi un risque, inutile pour nous, de faire surgir des divergences tant au chapitre de la pratique professionnelle que sur des caractéristiques plus personnelles. Les dyades sont proposées après que la chercheuse soit parvenue à une perception relativement claire des binômes compatibles sur le plan humain et selon les modes d'intervention. Cette connaissance est construite à partir des observations et des entretiens individuels.

#### 3.3.2.3.2. Les groupes de discussion focalisée

Pour faire suite aux entretiens croisés, les TS sont réunis pour un groupe de discussion focalisé. Ce dispositif méthodologique nous intéresse particulièrement pour les raisons suivantes :

[...] sa nature collective donne accès à une co-construction du sens et notamment, par la voie de la réminiscence [...]. Le facteur de réminiscence a été amplement souligné par Merton et Kendall ([1955] 1987) [...], la situation même de l'entretien de groupe devait pouvoir offrir le cadre nécessaire à une

“introspection rétrospective” (Merton et Kendall, [1955]1987, p. 482) de la part des sujets. En d’autres termes, d’une *re-présentation* de l’objet de discussion grâce à la réminiscence et à l’interaction collective et au moyen de supports techniques (tels des stimuli visuels ou sonores, textes, films, photographies, etc.) qui viennent se référer explicitement à ce même objet. (Kalampalikis, 2011, p. 439-440)

L’organisation d’un groupe de discussion focalisé impose certaines contraintes d’ordre méthodologique en lien avec l’homogénéité des statuts des participants, le caractère volontaire de leur participation et le respect du nombre (entre cinq et douze participants). Par ailleurs, la guidance est dite non directive sur le fond mais directive sur la forme, notamment en ce qui concerne la distribution de la parole. Elle appelle l’enregistrement audio de la séance et la présence d’un tiers pour la prise de notes. Cette dernière personne est soumise aux clauses de confidentialité.

Nous avons constitué deux groupes de discussion focalisés. Le premier groupe est dit interne et rassemble les six TS entendus et observés depuis le début de la collecte de données. Le second groupe est qualifié d’externe parce qu’il est ouvert à un groupe d’enseignants intervenant dans la formation en travail social.

#### 3.3.2.3.3. Collecte 7 : Le groupe de discussion focalisé interne avec les praticiens

Le groupe de discussion focalisé interne (Annexe 10), d’une durée maximale de deux heures et demie, regroupe les six TS participants à la recherche. Les résultats émergents des différents temps de collecte de données leurs sont présentés par objectifs avec un recours important à des extraits d’entretiens sous le couvert de l’anonymat des personnes. Seul le type d’entretien utilisé est précisé : contexte de pratique (CP), récit de pratique (RP), entretien d’explicitation (EE). Ces résultats préliminaires sont soumis à une validation (ou à une invalidation) dans une démarche collective. Comme pour les



autres types d'entretien, les échanges générés par le groupe de discussion sont retranscrits sous forme verbatim et transmis aux différents interlocuteurs du groupe. L'anonymat y est garanti, l'identité des personnes comptant peu ici, la pertinence résulte de l'évolution des arguments et dans les points de vue partagés.

#### 3.3.2.3.4. Collecte 8 : Le groupe de discussion focalisé externe avec les enseignants

Les finalités de didactique professionnelle conduisent à partager ces résultats avec le monde de la formation. Nous pensions en amont de la recherche que cette étape pouvait enrichir l'analyse des résultats, surtout dans la perspective du troisième objectif de transmission des savoirs vers la formation des TS au Québec.

Ce groupe de discussion focalisé (Annexe 11), lui aussi d'une durée de deux heures et demie, met en discussion la pratique d'évaluation tournée vers la personne âgée avec d'autres pratiques d'évaluation en TS plus explicites dans les référentiels d'activité et donc de formation. Les informations apportées dans ce groupe d'interlocuteurs sont les mêmes que les résultats présentés aux praticiens (Annexe 12.). Comment les savoirs issus de l'observation et des entretiens, validés par les TS participant à la recherche sur l'activité de l'évaluation, sont reçus et entendus dans l'espace de diffusion de savoirs que constitue une école de formation en travail social?

Afin de recruter un nombre minimal de six professeurs volontaires<sup>59</sup>, l'invitation, qui présentait les finalités de la rencontre, était faite en notre nom à partir de la messagerie de l'université d'affectation (disponible sur le site facultaire de l'université). Nous avons choisi de ne pas prendre la voie administrative pour transmettre l'invitation. Huit

---

<sup>59</sup> Intervenant dans la formation initiale des TS.

enseignants concernés par la pratique du travail social, la gérontologie ou l'évaluation en travail social ont été contactés<sup>60</sup>. Nous avons assoupli nos critères de recrutement pour arriver au nombre de quatre enseignants, dont certains sont impliqués dans des formations interdisciplinaires englobant les TS.

Le premier intérêt de ce groupe de discussion focalisé est de proposer les savoirs de la pratique sans hiérarchisation (le cas échéant, il y aurait un premier savoir, un deuxième savoir, et ainsi de suite). Cette organisation supposerait de classer les savoirs de la pratique selon des critères restant à définir. Le groupe de discussion focalisé s'adressant au domaine de la formation propose de discuter des résultats préliminaires en termes d'utilité à des fins de formation. Nous avons suivi dans les deux groupes de discussion focalisée la forme de séminaire pour leur dimension collaborative.

Les séminaires constituent en effet des espaces de réflexion en commun, permettant à chacun de faire retour sur son expérience, de s'interroger et d'être interrogé sur les questions se posant dans sa pratique quotidienne : sur la logique sous-tendant ses choix ou décisions [...]. Grâce à la qualité des relations au sein du groupe et de l'équipe, ils sont donc l'occasion de prises de conscience et d'apprentissages importants, impossibles à réaliser dans la pratique quotidienne, soumise aux contraintes de temps et aux impératifs de production. (Lévy, 2002, p. 309-310)

#### **3.3.2.4. *Le journal de terrain***

Suite à l'exposition des outils spécifiques à la méthodologie qualitative (observations et entretiens), le journal de bord vient soutenir la collecte des données et conserver les traces des inévitables soubresauts et autres remaniements de la recherche. Il « restitue non seulement les faits marquants, que notre mémoire risque d'isoler et de décontextualiser, mais surtout le déroulement chronologique objectif des événements »

---

<sup>60</sup> Nous n'avons pas envisagé d'ouvrir ce groupe de discussion aux enseignants en travail social intéressés à la gérontologie à d'autres universités du Québec, cela aurait alourdi la réalisation de la thèse.

(Beaud et Weber, 2003, p. 97). En fait, le journal de terrain est à la fois un journal de bord et un journal de recherche (Annexe 13).

Il est primordial de tenir le compte rendu journalier de ce qui a été fait, vu et entendu non seulement dans les périodes d'observation et d'entretien, mais aussi lors des échanges informels. Le journal de bord est une prise de notes sans visée littéraire et sans intention de communication externe mais qui retient impérativement les noms, les circonstances et les dates des événements. Il constitue les traces pour la chercheuse consignant « au jour le jour les éléments issus des temps d'observation ainsi que les réactions et l'analyse qui sera provisoire » (Beaud et Weber, 2003, p. 160).

En regard du journal de bord, le journal de recherche se différencie par son contenu car il sert à noter les intuitions et les hypothèses pour l'analyse et à témoigner de la progression de l'analyse en cours d'enquête. Son utilité principale « tient dans la relecture qu'on en fera » (Beaud et Weber, 2003, p. 98). Le journal de recherche vient soutenir la démarche réflexive et itérative qui débute dès les premières collectes de données et se prolonge au-delà de celles-ci.

De plus, chaque TS s'est vu attribuer un carnet de notes qui lui est propre. Les notes sont prises dans la partie droite du cahier et la partie de gauche sert à colliger les réflexions qui émergent des situations d'observation à la relecture du déroulement de la journée et dans la reprise des informations au moment de l'analyse.

### **3.3.3. Analyse des matériaux**

Après avoir présenté les différentes étapes de la collecte de données, nous proposons le cadre d'analyse que nous allons suivre. « Le chercheur traite les données, les analyse et

essaie de démontrer comment elles permettent de répondre à la question initiale » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 85). Le mouvement analytique que nous avons effectué croise plusieurs caractéristiques.

L'analyse est réflexive, au sens où il a été demandé aux TS participants de revenir sur leur pratique et de dire cette pratique. Cette réflexivité n'est pas seulement le fait des professionnels observés et entendus, elle « s'entend par l'interaction entre les sujets et le chercheur » (Laperrière, 1997, p. 369). Les données collectées et mises en forme ont été transmises individuellement aux TS aux différentes étapes de la recherche afin de favoriser leur implication dans le travail d'analyse menée par la chercheuse. Le praticien réflexif vis-à-vis de sa pratique a aussi été mis en discussion avec un pair et un groupe de pairs. Ainsi, les conditions pour une démarche réflexive collective sont créées. La réflexivité individuelle n'est pas la finalité de la compréhension de ce qui est fait mais une étape de la reconstruction vers la dimension collective de l'activité.

L'analyse fut aussi itérative, réursive, dans le cadre des théories de l'activité, en s'appuyant sur une enquête de terrain accordant la primauté à la situation. Pour ce faire, nous avons constitué un journal de terrain (Annexe 13), qui a servi à noter les mouvements du terrain, les interactions entre les sujets et les intuitions surgissant au fil de la recherche. Saisie dans le déroulement de l'intervention, la situation ne peut être abstraite de ses contextes. « On ne peut analyser que ce que l'on a recueilli. Mais on peut débiter l'analyse dès la collecte des informations est entreprise, et il est même préférable, pour certaines approches, de faire alterner collecte et analyse pour un maximum de validité » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 14). Nous avons souligné plus haut l'alternance des étapes et des temps de la collecte de données en vue de permettre la

collaboration des TS à la démarche d'analyse et de favoriser l'émergence d'une analyse itérative. Le but visé consistait à confronter les acteurs aux traces de leur activité afin d'en élucider une part de l'invisible qui la caractérise, ce qui permet « d'approcher le déroulement d'une pratique et les connaissances qui lui sont sous-jacentes » (Rix-Lièvre, 2010, p. 258). Ce choix impose la démarche réflexive et itérative dans l'analyse.

Desgagné (1994, p. 80) résume bien la démarche de ce va-et-vient inhérent au modèle interactif de l'analyse : le codage de certains éléments du discours incite le chercheur à faire une première tentative d'organisation des données (à se les représenter d'une certaine façon qui peut être un premier schéma) et ensuite à retourner aux données mêmes pour en apprécier la pertinence, c'est-à-dire pour voir comment cette re-présentation se confirme, se modifie ou se contredit. Lors de ce retour aux données, le chercheur reprend sa codification et le processus itératif se poursuit jusqu'à ce qu'une organisation plausible et cohérente, assurant l'intelligibilité du discours, permette de conclure à la saturation des diverses significations codifiées. (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006, p. 112)

L'analyse qualitative peut se définir comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction du sens » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 11). Nous réduisons l'ampleur de cette proposition à une démarche discursive de reformulation et d'explicitation d'expérience, reconnaissant la logique de découverte et de construction de sens qui y est à l'œuvre. La démarche discursive de l'analyse qualitative

[...] implique nécessairement un travail d'écriture [...] se situant à trois niveaux : au niveau de la transcription (passer de l'enregistrement audio aux transcriptions des entretiens et de l'observation aux notes de terrain), de la transposition (l'annotation du corpus et toutes les formes d'essais de sens) et de la reconstitution (l'écriture du rapport). (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 185)

Nous soutenons que le journal de terrain constitue le catalyseur de l'analyse qualitative compréhensive. Les données qualitatives collectées ont été analysées qualitativement

dans la tradition des recherches compréhensives, qui consiste à «chercher le sens et non pas l'explication, car l'explication cache le sens » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 41). Il n'y avait pas d'intention de validation ou d'évaluation de la pratique des intervenants participant à la recherche (qui plus est en l'absence de référence et de référentiel à cette pratique), ni d'explication causale des activités des professionnels, qui consisterait à dire pourquoi ceux-ci agissent comme ils le font. Il s'agissait uniquement de comprendre avec eux, quand ils le font, ce qu'ils font. Cette approche nous inscrit dans une « problématique d'avancement des connaissances » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 91) au sujet des savoirs professionnels mobilisés par les TS dans une activité particulière et en grande partie tacite.

Différents niveaux d'analyse ont été utilisés selon les objectifs et les matériaux conceptuels annoncés. L'analyse qualitative proposée par Paillé et Mucchielli se révèle congruente à la fois avec les théories de l'activité (Vygotski, 1997/1934) et la didactique professionnelle (Samurçay et Pastré, 2004).

Pour Vygotski, les éléments concrets de la situation au cours de l'action sont saisis par l'acteur, ce qu'il désigne par « penser par tas » (1997/1934, p. 21), ce qui correspond aux notions de catégorie et de catégorisation. Ces dernières sont centrales pour aller vers le concept. Les éléments (objets) de la situation sont classés à partir d'un caractère commun et transversal même s'ils ont d'autres caractéristiques divergentes. Ces regroupements forment des concepts quotidiens, ou *pseudos concepts*, des impensés au sens de non conceptualisés. Ils nous permettent d'adapter nos activités à l'infinité des situations singulières par un mouvement d'abstraction, ce qui représente une première

forme de catégories conceptualisantes à partir de laquelle l'analyste peut bâtir ses propres concepts, cette fois-ci plus explicites.

Dans le cadre des pratiques professionnelles, le concept pragmatique (Samurçay et Pastré 2004) est relativement proche des concepts quotidiens de Vygotski. Le premier est issu du monde professionnel ou des métiers, le second émerge de la vie quotidienne. En cela, la méthode d'analyse par le mouvement des thématiques vers les catégories conceptualisantes permet de passer des concepts quotidiens à une forme plus conceptualisée, mais non théorisée, des savoirs professionnels extraits de la pratique. Des faits observés et entendus, objets concrets de la pratique d'évaluation des TS en situation, nous pourrions dire ce qu'ils sont à la faveur des différentes étapes d'analyse thématique et à l'aide des catégories conceptualisantes, par un mouvement d'abstraction vers la conceptualisation scientifique. C'est à partir de cette première conceptualisation qu'ils sont porteurs d'un sens commun partageables entre professionnels. Par ce processus, ils deviennent enseignables.

Nous croyons que les savoirs développés par les praticiens dans l'action gagnent à être connus et reconnus au même titre que le sont les savoirs homologués. Ils peuvent, par exemple, aider à la formation de futurs praticiens et servir de points de repère à des démarches de perfectionnement. Ils peuvent aussi être utiles pour justifier la pertinence d'une pratique (ses fondements, ses méthodes privilégiées, les techniques utilisées, etc.), pour faire valoir l'importance et l'originalité de services offerts, pour répondre à des besoins précis chez des clientèles données. (Bourassa et Leclerc, 2002, p. 136)

L'analyse qualitative de données qualitatives participe donc à la construction d'une connaissance à partir de la pratique de terrain.

### 3.3.3.1. *La procédure de l'analyse suivie*

La procédure d'analyse suivie peut être présentée en étapes à partir des temps de collectes individuels. La présentation du déroulement des temps de collecte individuels des données (Annexe 14) nous fait débiter alternativement avec deux TS. Nous effectuons les transcriptions des entretiens en continu, ce qui permet d'avoir un premier niveau d'analyse, nous le verrons plus tard, sur la question de la dissonance dans les informations collectées en évaluation de l'autonomie fonctionnelle et du caractère continu de l'évaluation dans les suivis. Ces premiers constats nous rendent sensible à ces aspects lors des collectes suivantes avec les autres TS qui viennent enrichir, nuancer ou ouvrir les premières analyses sur une autre orientation. À ce moment, l'interprétation des informations collectées tient plus dans la recherche des similitudes et des différences entre les pratiques et les situations pour valider la stabilité et la saturation des données que de leur analyse selon le cadre conceptuel choisi. Pour autant, celui-ci influence notre interprétation des matériaux. La présentation des résultats préliminaires lors des groupes de discussions focalisés avec les TS et les enseignants est d'ailleurs très peu analysée à partir du cadre conceptuel. Celui-ci est plus présenté comme observatoire choisi pour la collecte que comme cadre d'analyse. Les entretiens individuels sont repris en lecture flottante en réintroduisant le cadre conceptuel au moment de la rédaction des résultats. Ce niveau d'interprétation des matériaux appelle à de nouvelles lectures pour préciser des éléments émergents qui n'avaient pas été envisagés en amont de la collecte des données. Notamment dans l'ouvrage de Walzer (1997), c'est le chapitre intitulé *Sécurité et bien-être social* qui nous amène à utiliser le terme de dissonance comme moment de rupture entre l'activité routinière et l'activité qui nécessite la mise en œuvre d'une compétence supérieure. Il en est de même pour la précision de l'activité du TS pour



l'évaluation qui progressivement dans notre compréhension devient l'espace d'expression du raisonnement clinique (Richard, 2008). Enfin, dans le raisonnement clinique que nous introduisons dans le concept de médiation, la question du rapport au savoir (Charlot, 1997) nous apparaît incontournable.

### 3.3.3.2. *L'analyse thématique*

Sur le plan opérationnel, nous avons effectué une analyse thématique à partir de toutes nos sources d'information, ce qui requiert la déconstruction de la chronologie des données collectées, afin de parvenir à une reconstruction thématisée des activités. Pour ce faire, les différents supports écrits ont été annotés en respectant l'usage des termes et des fonctions rubrique, thème, énoncé, code et catégorie (Paillé et Mucchielli, 2012). Les matériaux collectés par les différents outils et méthodes mobilisés assurent cette fonction de repérage de la pratique. Nous avons recherché les indicateurs, les informations observables à partir desquelles les professionnels font des inférences pour l'action, comme en didactique professionnelle, pour l'activité des tailleurs de vigne<sup>61</sup>.

À partir d'indicateurs - informations tactiles [...] - les professionnels font des inférences sur ce que Caens-Martin (op. cit.) nomme des variables [...]. Sur cette base, les deux concepts organisateurs [...] permettent de hiérarchiser les buts [...], d'élaborer un diagnostic de la situation (incluant le pronostic) et de choisir les règles d'action appropriées. (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 53)

Nous avons commencé un premier niveau de lecture mettant en regard ce que dit le TS et ce qu'il dit de la raison pour laquelle il l'a fait. « L'analyse thématique n'a pas d'autre

---

<sup>61</sup> « On peut faire ici un bilan de l'utilisation des termes variables, paramètres et indicateurs. Globalement, les notions de paramètres et de variables sont assez proches. On utilise plutôt le terme de paramètre quand il s'agit d'une variable mesurable ou calculable. Il est le plus souvent un déterminant dans un réseau de relations entre variables alors qu'une variable peut être aussi bien un déterminé qu'un déterminant. Par ailleurs, on parle de "variable construite" ou de "variable hypothétique" et pas de paramètre. De même, on ne parle pas de "paramètre de sortie" mais de "variable de sortie." La notion d'indicateur rend compte des informations qui sont sélectionnées dans le réel par l'opérateur. Dans une structure conceptuelle, les indicateurs sont inscrits dans une relation de signification avec des concepts pragmatiques, qu'ils permettent d'évaluer. » (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 53-54)

prétention que de rendre compte des témoignages (œuvre de restitution, le chercheur donne la parole) et de les mettre en perspective (œuvre d'analyse, le chercheur prend la parole) » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 209). Elle est prolongée par une analyse effectuée à l'aide de catégories conceptualisantes.

Il nous a semblé pertinent de reprendre le système des informations satellites de l'action vécue de Vermersch (2010) présenté dans les outils de collectes individuelles comme catégories d'analyse des différents entretiens individuels (Annexe 15). Cette proposition classe les arguments des TS dans des catégories de contexte, de jugement, d'intentions, de procédure, incluant les savoirs et les procédures et d'action soit le cheminement cognitif du TS. Cette préconceptualisation des orientations données à l'action s'imbrique avec les délimitations du raisonnement instinctuel, déontologique ou clinique que nous avons défini plus haut.

La didactique professionnelle nous permet d'aller plus loin vers la construction de la structure conceptuelle de l'activité. En référence à la formation des préconcepts et concepts chez Vygotski, nous avons recherché à identifier certains des savoirs mobilisés par les TS expérimentés alors qu'ils évaluent l'autonomie fonctionnelle de personnes âgées. La reconnaissance des activités porteuse de savoirs dans la pratique et leur désignation constitue un autre niveau d'interprétation des données collectées.

Parfois concepts quotidiens (Vygotski, 1997/1934), quand l'activité est orientée par le jugement et le raisonnement instinctuel, ou concepts pragmatiques (Pastré, 1992), lorsque les invariants opératoires « rassemblant une multiplicité en une seule entité cognitivement manipulable » (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 52), l'activité

d'évaluation mobilise, des matériaux de raisonnement de statuts conceptuels différents repérables dans des familles de situations. Le concept de médiation nous permettra de qualifier les différents types de raisonnement suivis par les TS selon les matériaux qu'ils sollicitent dans leur évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée.

## PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette partie présente les matériaux collectés pour répondre aux trois objectifs énoncés. Le contexte d'intervention des participants au sein du CSSS, les six volontaires qui ont participé à la recherche, et les douze situations retenues à partir desquelles nous avons analysé l'activité en matière d'évaluation constituent la première partie des résultats.

Dans la seconde partie, le texte est structuré par les trois objectifs tels qu'ils ont été énoncés en amont du terrain. Le premier objectif consiste à décrire le cheminement d'une demande, *ce que le TS a à faire* quand une demande d'évaluation arrive dans sa charge de travail mais, pour ce faire, nous devons décrire comment la demande lui parvient. Suite à cette étape descriptive du cheminement, nous avons décrit le statut de l'OEMC dans la pratique évaluative des TS, soit le rapport à l'outil des praticiens dans l'activité clinique visée par la présente thèse.

Le deuxième objectif, centré sur la reconnaissance de certains des savoirs mobilisés dans l'activité d'évaluation, s'attache plus à l'activité évaluatrice, à *ce que fait le TS* quand il évalue. Les matériaux collectés ne permettent pas d'accéder spontanément à l'énonciation de ces savoirs; d'ailleurs, dans une perspective vygotkienne, de tels savoirs sont le plus souvent antédiscursifs, cognitifs, et en grande partie inconscients au TS.

Enfin, le troisième objectif, en prolongement du deuxième, consiste à la formalisation de certains savoirs afin de les rendre disponibles pour la formation des TS. Les théories de l'activité, la didactique professionnelle comme le concept de médiation empruntent peu la taxonomie classique en travail social se limitant à énoncer des savoir-faire ou des

savoir-être, comme c'est le cas dans nombres de référentiels d'activité. Nous formulons donc ces savoirs de l'activité en référence aux concepts quotidiens<sup>62</sup> (Vygotski, 1997/1934), aux concepts pragmatiques<sup>63</sup> (Pastré, 1992), aux invariants opératoires<sup>64</sup> (Vergnaud, 1985) et aux schèmes (Vergnaud, 1994)<sup>65</sup>, tour à tour mobilisés par les professionnels lorsqu'ils évaluent. L'exposition des résultats est accompagnée de références aux différents temps d'entretien et d'observation qui illustreront le mouvement d'analyse qui va de la description en passant par une part d'interprétation

---

<sup>62</sup> « D'après Vygotski (1934/1997), les concepts quotidiens se forment spontanément au cours de l'expérience personnelle via l'interaction sociale, sans pour autant que cette interaction ait comme objectif l'acquisition d'un ensemble organisé de concepts. Il les différencie des concepts qui sont acquis dans le cadre scolaire et qu'il considère comme des concepts "scientifiques", ce qui n'est pas sans ambiguïté puisque les concepts scientifiques sont alors assimilés à l'ensemble des notions enseignées en classe. Nous retiendrons de cette différenciation que les concepts quotidiens sont acquis sans qu'il y ait eu intention didactique d'un tiers, contrairement aux concepts enseignés, dont font partie les concepts scientifiques (Rogalski, 2006). (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 66)

<sup>63</sup> Il existe des concepts pragmatiques dans la plupart des activités professionnelles. On peut les caractériser par trois propriétés : 1) Les concepts pragmatiques servent principalement à faire un diagnostic de situation en vue de l'action efficace. [ ]. Leur visée n'est pas épistémique, mais pragmatique : évaluer une situation pour avoir une action efficace. Or un diagnostic de situation ne peut pas se contenter d'être approximatif et global : il faut sélectionner ce qui dans la situation est vraiment pertinent. Les experts prélèvent très peu d'information sur la situation. Très souvent ils se concentrent sur un détail [ ]. L'articulation concept – indicateur est caractéristique de cette activité cognitive. [ ] 2) Les concepts pragmatiques possèdent ainsi un double statut : ils sont un objet d'échange dans le cadre des savoirs de métier, ils appartiennent à la prescription au sens large. Ils sont transmis des anciens aux novices, par un mélange de verbalisation et de monstration [ ]. Mais la transmission ne suffit pas pour posséder un véritable concept. Il faut encore que les concepts pragmatiques soient l'objet d'une construction du sujet. [ ] 3) Un concept pragmatique est caractéristique d'une situation professionnelle, et en cela il se distingue des concepts quotidiens de Vygotski. Un concept pragmatique est spécifique à une classe de situations assez délimitée (Pastré, 2002, p. 13)

<sup>64</sup> « Définir un invariant opératoire comme une proposition que le sujet tient pour vraie sur le réel introduit une ambiguïté, que l'on peut résumer par la question suivante : toutes nos connaissances sont-elles des invariants opératoires? Dans un article de 1985, Vergnaud précise que les invariants opératoires sont « des objets, propriétés et/ou relations » qui nous permettent de « découper le réel » pour « organiser l'action » (p. 245). Ils « constituent le noyau dur de la représentation, celui sans lequel ni les inférences, ni les prédictions, ni les signifiants n'ont de sens » (p. 250). Cela ne préjuge pas de différences éventuelles entre types d'invariants opératoires — il peut s'agir de concepts scientifiques, techniques, pragmatiques, ou quotidiens. » (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 68)

<sup>65</sup> « [U]n schème est une totalité dynamique fonctionnelle et une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations. Un schème comporte quatre catégories distinctes de composantes : un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations; des règles d'action, de prise d'information et de contrôle; des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte); des possibilités d'inférence. » (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006, p.152).

pour aller vers une conceptualisation de l'activité à travers les concepts que nous venons d'évoquer. Ce faisant,

[...] le chercheur doit [...] essayer de retrouver une certaine naïveté pré-sociologique pour se protéger contre les allant-de-soi tout en sachant [...] que nul ne peut être épistémologiquement et sociologiquement vierge. Il essaiera de décrire les phénomènes de façon fine et en réduisant autant que faire se peut (et cela ne se peut jamais totalement) la part initiale de l'interprétation. Il donnera la parole à ceux qui sont engagés dans les situations et les pratiques qu'il étudie -- tout en sachant que nul n'est transparent à lui-même et que dire sa pratique c'est toujours la mettre en mots et donc l'interpréter, la théoriser. (Charlot, 1997, p. 13)

## Chapitre 4. Exposition des éléments contextuels

### 4.1. Le Centre de santé et de services sociaux

Afin de mieux connaître le contexte d'intervention des participants, il est indispensable de donner quelques indications sur l'histoire de l'organisation et leurs fonctions spécifiques au SAD. Pour ce faire, certaines caractéristiques du contexte ont été extraites de la littérature grise produite par le CSSS et l'ASSS. Les résultats qui vont être développés résultent donc des investigations menées dans le SAD d'un CSSS intégré, depuis la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux adoptée par l'Assemblée nationale le 7 février 2015, au CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec<sup>66</sup>. Les rapports d'activités annuels du CSSS couvrent la période 2005-2015. Le plan stratégique de l'Agence de santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec [ASSSMCQ] (2004) complète la connaissance du terrain de recherche.

#### 4.1.1. Les missions du centre de santé et de services sociaux en matière de soutien à l'autonomie

La prestation des services est réalisée sur le territoire par le CSSS<sup>67</sup>, qui « assure l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à cette population » (MSSS, 2009, p. 51). Le CSSS est donc responsable de la mise en œuvre

---

<sup>66</sup> Si nous avons observé la survenue du CIUSSS pendant le terrain de collecte, cette évolution ne sera pas traitée dans ces pages, parce qu'à ce moment, elle n'a pas eu d'effets sur la pratique évaluative qui nous intéressait.

<sup>67</sup> Le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage, que ces services soient dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs. Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement en raison de l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques. Le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) remplace depuis le 4 février 2013 le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Listes.aspx?Name=y9M4IcKgjFYapz02jKwkUg>, consulté le 10 août 2015.

des politiques publiques de santé et sociales et, plus spécifiquement, de l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle<sup>68</sup>. Tel que présenté sur le site du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR), les services offerts par le SAD concernent l'aide à domicile, les soins infirmiers, les services médicaux, les services psychosociaux, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie et la nutrition<sup>69</sup>.

À ces services, en grande partie assurés par des professionnels, viennent s'adjoindre des programmes complémentaires : le maintien à domicile pour les personnes handicapées (MADPH), le transport-hébergement, le programme d'aide financière aux fonctions d'élimination, le programme d'aide financière en oxygénothérapie et le Programme Répit/Programme d'allocation directe (CSSSTR, 2012). Soulignons aussi l'existence des programmes d'aide financière en oxygénothérapie et de prévention du suicide auprès des aînés, certainement en réponse à leur prévalence sur le territoire, comme nous le verrons ci-dessous. La population cible de ces services, leurs buts et les critères d'accès à ces services sont ainsi précisés :

#### 1) Les services d'aide à domicile ciblent

[...] les usagers de tous âges, résidant à Trois-Rivières ou à Saint-Étienne-des-Grès, qui présentent une ou des incapacités temporaires ou permanentes, qui doivent recevoir à domicile une partie ou la totalité des services dont ils ont besoin, parce qu'ils sont incapables de se déplacer ou qu'il est jugé plus pertinent de leur offrir les services à domicile; [...] les personnes qui nécessitent des soins

---

<sup>68</sup> Lorsqu'ils se présentent au téléphone ou à domicile, les TS se disent « travailleur social », « intervenant » ou « travaillant pour le SAD ou le CSSS », voire le « CLSC ». En observation, Camille explique que les usagers ne suivent pas toujours les changements de nom des institutions. Ainsi, selon son expérience, l'appellation de CLSC est la plus ancrée dans la population. Pour autant, nous choisissons « soutien à domicile » pour désigner « l'ensemble des services de base et spécialisés offerts au domicile des usagers par le réseau public de la santé et des services sociaux » (MSSS, 2009, p.72).

<sup>69</sup><http://www.cssstr.qc.ca/index.php/soins-et-services/personnes-agees-et-en-perte-d-autonomie/services-a-domicile.html>, consulté le 9 juillet 2015.



palliatifs;[...] les proches qui apportent un soutien significatif, régulier ou occasionnel, à une personne ayant des incapacités. (CSSSTR, 2012)

2) Le soutien des personnes, hors institution de soins de longue durée, est conçu

[pour] stimuler le potentiel des personnes qui ont perdu des capacités; pour permettre aux personnes aux prises avec des incapacités de faire le choix de demeurer chez elles le plus longtemps possible et de la façon la plus autonome et sécuritaire possible; pour réduire les situations de handicap vécues par les personnes en perte d'autonomie dans la réalisation de leurs activités courantes; pour éviter l'hospitalisation ou en réduire la durée et faciliter le retour à domicile après une maladie ou une chirurgie; pour soutenir les proches aidants. (CSSSTR, 2012)

3) Les critères d'accès aux services du SAD sont énoncés comme des moments nécessitant une prise en charge en post-hospitalisation ou en post-opération, pour une personne en perte d'autonomie liée au vieillissement, une personne de tout âge vivant avec un handicap, et une personne en soins palliatifs. (CSSSTR, 2012)

Notons que, pour tous les services dispensés par le soutien à domicile, une évaluation professionnelle sera effectuée avant d'accorder lesdits services et que leur octroi doit être en cohésion avec le plan de services (CSSSTR, 2012).

La notion de domicile, présentée en première partie, désigne une gamme de lieux de vie excluant le CHSLD. Le SAD est donc en partenariat avec des formes multiples de domicile, dont « 20 ressources non institutionnelles (15 ressources intermédiaires et cinq résidences d'accueil) pour 456 places » (CSSSTR, 2015, p. 18). Les modalités qui définissent le partenariat qui en résulte sont ainsi précisées :

L'équipe spécifique en résidences privées pour aînés rattachée au Service de soutien à domicile [...] permet d'agir de façon ponctuelle sur les éléments pouvant compromettre le maintien dans le milieu de vie et de stabiliser la situation. Lorsque requis, le suivi est ensuite offert par les équipes de secteurs du soutien à domicile. (CSSSTR, 2014, p. 43)

Le partage de l'information s'avère alors indispensable pour permettre le continuum de services entre ces différents lieux physiques d'intervention. Cette finalité clinique de l'intégration des services s'incarne notamment par une évaluation multidimensionnelle et est soutenue par une décision technique :

La Direction des ressources informationnelles (DRI) a presque complété le déploiement du dossier patient électronique (DPE) dans l'ensemble de l'établissement [CSSS], alors qu'il ne reste qu'à finaliser le déploiement dans le secteur de l'hébergement. (CSSSTR, 2014, p. 74)

#### **4.1.2. Le Service de soutien à domicile au fil des fusions**

Comme il a été écrit dans la section 1.5.2, les compétences et responsabilités géographiques du SAD découlent de la création des CSSS : « en 2005, le projet de loi 83 [regroupe] un ou plusieurs CLSC, CHSGS et CHSLD, chapeautés par une instance locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) » (MSSS, 2009, p. 182).

##### ***4.1.2.1. La fusion des établissements de deux territoires***

L'organisation actuelle résulte de la fusion de deux districts sociosanitaires de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine, soit les territoires du CLSC Les Forges et du CLSC Cloutier-du-Rivage (ASSSMCQ, 2004, p.41). Les intervenants de ces deux services historiques de l'aide à domicile sont rassemblés dans un ancien hôpital situé au centre-ville de Trois-Rivières. Pour les plus anciens comme Camille, cette fusion a demandé un temps d'ajustement important, logiquement indépendamment de l'intégration de services mais empiriquement lié. Ainsi, les TS sont doublement exposés à une transformation profonde de leur pratique disciplinaire historique, transformation qu'incarne de façon archétypique le développement d'une culture de l'évaluation clinique standardisée.

Le territoire du SAD est découpé en huit secteurs géographiques d'intervention. Les intervenants appartenant au même secteur sont regroupés par étages, toutes disciplines confondues<sup>70</sup>, ce qui favorise les rencontres informelles, comme nous avons pu l'observer. Ainsi, Charlie croise dans les corridors l'infirmière au dossier d'un usager commun et s'informe du dernier évènement de santé. L'aide à domicile, toute affaire cessante, arrive dans le bureau de Charlie et l'alerte d'une intervention difficile. Ailleurs, un TS vient valider son impression pour une situation particulièrement complexe auprès de Camille, qui est plus expérimenté dans ce type de dossier. D'autres s'informent des nouveaux documents disponibles pour la procédure de demande de curatelle auprès de Dominique. Ailleurs, Sacha et Claude commentent les nouvelles modalités d'intervention avec l'hôpital. L'organisation spatiale facilite les échanges informels entre intervenants du SAD et favorise une évaluation continue et en partie collective de l'évaluation clinique, qui ne peut donc en aucun cas se réduire à sa version standardisée.

#### ***4.1.2.2. La fusion avec l'hôpital***

En 2011, la fusion avec l'hôpital de Trois-Rivières (CSSSTR, 2014), cinq ans après la création du CSSS, génère de nouvelles obligations pour les intervenants du SAD et la nécessité d'autres ajustements fonctionnels. Les patients qui quittent l'hôpital deviennent prioritaires à toute autre activité (Observations Dominique, Sacha et Claude; Groupe de discussion TS), ce qui change radicalement le mode traditionnel de pratique

---

<sup>70</sup> Toutefois, les intervenants sont répartis par discipline dans les bureaux (les TS avec les TS, etc.) sur l'étage de leur secteur d'intervention.

des TS. Cette priorisation se matérialise par le téléavertisseur<sup>71</sup> que doivent (devraient) porter en tout temps les professionnels du SAD.

L'incidence sur la pratique des TS de cette fusion administrative entre le CSSS et l'hôpital est approfondie dans la réponse au premier objectif (sections 5.1 et suivantes). Retenons pour l'instant qu'à chaque étape clé de la procédure d'évaluation (entrée de la demande, transmission au secteur géographique du SAD selon la résidence de la personne, ouverture du dossier par le TS), les demandes de services de l'hôpital sont prioritaires. Il va sans dire que cette priorisation vient bousculer l'agenda du TS, celui-ci pouvant être en visite à domicile quand l'hôpital fait une demande. Mais, plus symboliquement, l'institution médicale se pose en donneur d'ordres sur le SAD dont la vocation est de soutenir les personnes âgées dans la communauté. Plus clairement écrit, la conception de l'urgence médicale ou sociale à traiter d'un dossier s'argumente sur des critères de priorisation qui sont éventuellement divergents. Bien que ne faisant pas l'objet de ce travail, force est de constater que lorsque l'hôpital sort de ses murs et impose son rythme au SAD, nous observons l'influence des prérogatives médicales sur les conditions du soutien à domicile. Le SAD est ainsi incorporé à une méga-organisation hospitalo-centrique hors des murs de l'hôpital. Le groupe de discussion nous informe de ce point (section 7).

Mais cette fusion favorise comme elle impose l'usage du dossier patient électronique (DPE) pour prendre connaissance du dossier. Les systèmes informatiques du CSSS et de l'hôpital antérieurs à la fusion doivent pouvoir se parler. Le système du CSSS a migré

---

<sup>71</sup> Le terme « pagette » est utilisé (Entretiens de contexte de pratique Charlie, Élie et Camille). Au moment des observations, son utilisation n'est pas encore entrée dans les usages, peut-être parce que son fonctionnement est dit encore peu fiable. Les participants remplissent leur agenda électronique pour être joignables par l'agente administrative du SAD lorsqu'ils quittent leur bureau.

vers celui de l'hôpital. Dans le DPE, les informations du SAD sont disponibles le temps de la numérisation des documents (en dedans de 24 heures) alors que les données de l'hôpital sont accessibles dans les quatre jours qui suivent le congé du patient.

L'organigramme des établissements fusionnés est modifié depuis juin 2014 (soit trois ans après la fusion CSSS-hôpital). Le responsable du secteur psychosocial du SAD est nommé chef du secteur psychosocial du SAD incluant les TS de l'hôpital et des maisons de convalescence. Une des conséquences de cette fusion concerne l'harmonisation aux différents points physiques de réception de l'évaluation de la demande (Entretiens de contexte de pratique Sacha, Claude et Élie). Nous verrons l'importance de ce traitement davantage standardisé à la section 5.1.

Ainsi, les fusions ont eu comme effet de regrouper spatialement les intervenants, de favoriser les échanges multidisciplinaires et d'harmoniser les pratiques, y compris dans leur rapport avec l'hôpital.

Cette évolution historique de l'organisation contribue à une connaissance élargie des procédures. Sa structuration en secteurs géographiques offre par ailleurs un espace transversal de savoirs disciplinaires et interprofessionnels permettant une approche plus globale de la situation. Par contre, quand le nœud de la situation est clairement identifié comme étant social, l'affiliation disciplinaire reprend ses prérogatives, notamment pour les actes réservés. Nous développons ces deux points ultérieurement (section 4.3).

Pour en finir avec les fusions, la collecte des données était pratiquement achevée en avril 2015, date à laquelle le MSSS supprimait le palier régional par la dissolution des ASSS,

en conduisant au regroupement territorial des CSSS en CIUSSS, les nouveaux responsables du programme SAPA n'étaient pas encore nommés.

#### **4.1.3. Territoire vieillissant**

Le rapport d'activité du CSSSTR de 2014-2015 indique que le territoire du CSSS se caractérise par

[...] un vieillissement plus important que la population québécoise; [...]; une grande proportion de personnes vivant seules; un pourcentage parmi les plus importants de familles vivant sous le seuil de faible revenu (19,3 %); une augmentation de la clientèle multiproblématique. (CSSSTR, 2015, p. 10)

Pour montrer le vieillissement actuel et à moyen terme de sa population, le CSSS avance plusieurs données chiffrées :

[...] près de 1 personne sur 5 (20,3 %) est âgée de 65 ans et plus, proportion supérieure à celle du Québec (16,7 %). D'ici 2020, la population de 65 ans et plus [...] représentera à elle seule 25 % de l'ensemble de la population (11 % de 75 ans et plus). (CSSSTR, 2014, p. 10)

Ces statistiques montrent l'importance des enjeux démographiques pour le CSSS. Par contre, ce vieillissement ne s'accompagne pas mécaniquement d'une espérance de vie exceptionnelle, laquelle « se situe à 80,5 ans et est légèrement inférieure à celle du Québec (80,9 ans) » (CSSSTR, 2014, p. 9). De plus, l'espérance de vie à la naissance est contrastée, « [celle] des hommes demeure moindre qu'au Québec (77,6 ans contre 78,4 ans), alors que celle des femmes est similaire (83,1 ans) » (CSSSTR, 2014, p. 9). Certains indicateurs de santé et conditions de vie permettent d'approfondir ce paradoxe d'une population parmi les plus vieillissantes du Québec mais dotée d'une espérance de vie inférieure à la moyenne québécoise. Ainsi, la population présente une « surmortalité pour les maladies respiratoires et les suicides par rapport au reste du Québec; [une] forte

proportion [...] de personnes âgées vivant seules; [et un] pourcentage élevé de familles vivant sous le seuil de faible revenu » (CSSSTR, 2014, p. 9). D'autres indicateurs pourraient allonger cette liste qui dessine des conditions de vie fragiles, comme « la forte proportion de familles monoparentales avec enfants mineurs » ou encore « la moyenne de prestataires de l'assurance-emploi supérieure au reste du Québec » (CSSSTR, 2014, p. 9). Au final, ces données indiquent une situation socio-économique précaire pour une partie de la population.

Ce SAD dessert donc une population âgée et vieillissante, vulnérable et exposée notamment aux maladies respiratoires, avec une proportion importante de personnes âgées vivant seules. Si l'on en croit le différentiel genré de l'espérance de vie supérieur aux données québécoises, ce vieillissement en solo est surtout féminin.

#### **4.2. Présentation des six participants**

Nous avons indiqué plus haut que le recrutement de six participants a été atteint. Les trois premiers ont pris contact avec nous à l'issue de la présentation collective du projet de recherche. Quatre autres se sont montrés intéressés en cours de collecte de données<sup>72</sup>. Nous avons validé la participation pour trois d'entre eux sans pouvoir donner suite à la quatrième proposition émanant d'un professionnel d'une discipline autre que le TS. Les six participants recrutés, auxquels nous attribuons des prénoms fictifs, sont membres de l'OTSTCFQ. Le premier entretien a colligé des informations sur les TS recrutés, ce qui

---

<sup>72</sup> Nous ne comptons pas dans ces quatre personnes les membres d'autres groupes professionnels (infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes) qui, au fil de la collecte, ont fait état de leur intérêt pour cette question de l'évaluation. Ces derniers n'ont pu être recrutés en raison de nos critères d'inclusion.

permet d'en faire ici la présentation<sup>73</sup> (Annexe 16). Pour la suite du document, afin de faciliter la lecture des résultats, le genre masculin est utilisé.

Nous validons tout d'abord la durée de la pratique des participants puisque les savoirs de l'expérience sont fortement reliés au temps de l'expérience, puis nous faisons le point sur leur formation initiale en gérontologie. À l'analyse, il semble pertinent de distinguer la sortie de la formation initiale et l'entrée en fonction en SAD et différencier les TS ayant une pratique exclusive auprès de personnes âgées et ceux ayant travaillé avec d'autres clientèles.

#### 4.2.1. Durée de l'expérience professionnelle

Les participants sont en poste depuis au moins cinq ans, ce qui répond au critère d'expérience (Tourmen, 2008) que nous avons fixé. Le tableau suivant indique deux moments de leur trajectoire : leur sortie de formation et leur entrée au SAD de TR.

TABLEAU 8 : ANNÉES DEPUIS LA SORTIE DE FORMATION ET L'ENTRÉE EN SAD

Participant	Sortie de la formation initiale depuis	Entrée au SAD depuis
Charlie	7 ans	5 ans
Sacha	9 ans	5 ans
Élie	10 ans	7 ans
Dominique	10 ans	8 ans
Claude	10 ans	8 ans
Camille	27 ans	20 ans

Nous avons donc affaire à des TS expérimentés avec en moyenne pratiquement 9 ans au sein du même SAD.

Pour cinq d'entre eux, quand ils sortent de formation entre 2005 et 2009, l'OEMC est déjà en usage dans le réseau de la santé et des services sociaux (2003), le CSSS est en

<sup>73</sup> Nous rappelons ici que la levée de l'anonymat de la ville et du service comme lieux des collectes de données limite l'utilisation des caractéristiques des personnes recrutées afin de garantir leur anonymat.



place et les politiques de santé ont intégré l'incidence du vieillissement de la population québécoise. Ils interviennent donc dans une organisation dont les missions et l'objet (l'évaluation à partir de l'OEMC) sont sinon institués, du moins en cours d'institution. Seul Camille, qui arrive en SAD à la fin des années 1990, a dû intégrer à sa pratique l'OEMC, la création du CSSS, etc. Par contre, la fusion du CSSS avec l'hôpital (2011), plus récente, s'impose à tous; nous y reviendrons.

Comme tous les professionnels du SAD, les six recrutés sont dans les premiers mois d'utilisation des outils informatiques (RSIPA et PSIAS). Toujours en référence à Tourmen (2008), nous ne pouvons donc pas parler de pratique d'expérience au sujet de ces logiciels récemment mis en place au niveau du SAD et auxquels ils n'ont été formés qu'à compter de l'automne 2014. Tous ces éléments confirment la pertinence de questionner la pratique d'évaluation soutenue par l'OEMC, sans investir l'usage de ces nouveaux outils de la clinique.

#### **4.2.2. Formation initiale en gérontologie**

À ce jour, l'université de TR n'offre pas de formation en TS. De fait, les participants se sont formés dans trois universités dans un rayon de 170 km autour de TR. Nous leur avons demandé s'ils avaient suivi, dans leur formation initiale, des cours en lien avec la gérontologie. Dominique, Élie et Claude, issus de la même université, indiquent qu'un cours optionnel en gérontologie leur était offert, mais seul Claude a choisi de le suivre. Dans les autres universités, la gérontologie est aussi un cours optionnel qui n'a pas été suivi par nos participants. Indirectement, la diversité des établissements d'origine confirme l'offre optionnelle en gérontologie dans la formation initiale des TS.

TABLEAU 9 : FORMATION INITIALE EN GÉRONTOLOGIE SELON L'UNIVERSITÉ D'ORIGINE

Participants	Lieu de formation	Cours en gérontologie	Cours suivi
<b>Claude</b>	1	Optionnel	Suivi
<b>Dominique</b>	1	Optionnel	Cursus antérieur à TS
<b>Élie</b>	1	Optionnel	Non suivi
<b>Charlie</b>	2	Optionnel	Non suivi
<b>Sacha</b>	3	Optionnel	Non suivi
<b>Camille</b>	4	Non précisé	Non répondu

Pour expliquer leur rapport à la spécialisation en gérontologie, les commentaires des TS empruntent trois voies : 1) le refus catégorique, 2) l'absence d'opinion, 3) l'intérêt pour travailler avec cette population. Nous constatons que cette dernière posture est relativement marginale, y compris pour des personnes en poste depuis plus de cinq années en SAD. Quant à elle, la posture de refus est claire :

Charlie : Ce n'était pas quelque chose qui m'intéressait... en 2006.

M : Et si je t'avais dit : « Dans cinq ans, tu seras en soutien à domicile »?

Charlie : Je t'aurais dit : « Non! Ce n'est pas possible! (Entretien de contexte de pratique)

Pour la deuxième attitude, il n'y a pas de posture de refus, seulement un autre choix qui a été fait :

Élie : Je n'ai pas fait la gérontologie [mais le cours optionnel d'intervention en milieu communautaire], j'aurais pu faire un cours à option, il y a des gens qui le faisaient. (Entretien de contexte de pratique)

Sacha souligne que le cours en option résulte d'un choix à faire dans un éventail limité de cours à option, où plusieurs paramètres entrent en ligne de compte.

Sacha : Je n'aimais pas le chargé de cours qui le donnait [...] J'avais plus d'attraits pour la toxico...honnêtement, là! Au bac, je visais la toxico, je visais, oui, la gériatrie [...] tu sais, les... problèmes de consommation, en vieillissant et tout... Mais non, je pense que le cours ne m'attirait pas nécessairement... Mais

autant on n'a pas tant de choix... on avait deux choix! J'ai donc pris mes [deux majeures toxico et communautaire]. (Entretien de contexte de pratique)

Enfin, le choix du cours optionnel en gérontologie de Claude est unique. Il est clairement associé à un emploi-étudiant qui, depuis le Cégep, le fait travailler en résidence pour personnes âgées.

Claude : Pendant que j'étudiais, mon travail d'étudiant [première année en éducation à l'université], c'était préposé aux bénéficiaires dans un centre de personnes Alzheimer et je me suis rendue compte que j'aimais plus aller à mon job qu'aux études ! [Rire]. (Entretien de contexte de pratique)

L'inscription en TS est alors choisie pour pouvoir travailler avec la population âgée :

Claude : Les troubles cognitifs, j'étais très intriguée par tout ça. J'ai fait beaucoup de travaux au Cégep là-dessus [...] Puis, pendant mon bac, je cherchais tous les cours qui avaient un lien...je n'étais pas intéressée du tout par la jeunesse, ni aucune autre clientèle. Je faisais mon bac QUE [pour ce cours]...

M : Donc, tu as fait tous les cours en lien avec la personne âgée?

Claude : Oui, que je pouvais faire en lien... il y en avait pas assez quant à moi...S'il y avait pas eu la personne âgée, je n'aurais pas fait une travailleuse sociale! [...] Mais quand tu es intéressée par le vieillissement et qu'il y a un cours sur 90 crédits qui traite de ça, c'est... Mon Dieu! (Entretien de contexte de pratique)

Finalement, deux participants ont suivi un cours en gérontologie. Pour Claude, ce n'est pas une option mais une orientation vers une profession pour une population ciblée<sup>74</sup>.

Pour Dominique, le cours est suivi « au travers de mon bac » (Entretien de contexte de pratique) dans une formation universitaire antérieure à la formation en TS.

Pour autant, l'intervention auprès des personnes âgées se constitue rapidement comme impérative, dès la sortie de la formation initiale.

---

<sup>74</sup> À la question : *Pourquoi plus travail social que sciences infirmières?*, par exemple, Claude précise que la dimension de soin l'avait en quelque sorte rebutée.

#### 4.2.3. Entrée en fonction auprès des personnes âgées

Avant d'entrer au SAD de TR, les participants ont travaillé entre deux et sept ans, soit une moyenne de trois ans. Nous ne tenons pas compte de l'année sabbatique d'Élie, qui précise « J'ai fini le bac, je suis parti une année, pour faire autres choses » (Entretien de contexte de pratique). La durée et la diversité des postes, que nous précisons plus bas, permettent de qualifier cette période d'emploi d'attente.

TABLEAU 10 : TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES EN LIEN AVEC LA POPULATION ÂGÉE

Participants	Sortie formation	Emplois d'attentes	Emploi avec les PA	En SAD depuis
Sacha	9 ans	1 mois	9 ans	5 ans
Claude	10 ans	2 ans	10 ans	8 ans
Élie	10 ans	Année sabbatique	9 ans	7 ans
Camille	27 ans	7 ans	20 ans	20 ans
Charlie	7 ans	2 ans	5 ans	5 ans
Dominique	10 ans	2 ans	8 ans	8 ans

Nous distinguons deux trajectoires. La première concerne Sacha, Claude et Élie, qui entrent rapidement en emploi auprès des personnes âgées. La seconde regroupe Camille, Charlie et Dominique qui travaillent avec d'autres populations avant d'arriver au SAD. Dans la première, Claude, Sacha, Élie ont en moyenne neuf ans de pratique, toujours en lien avec la clientèle des personnes âgées, dans plusieurs postes. Comme le laissaient présager les déclarations de Claude pour le cours de gérontologie, son expérience est exclusivement avec cette clientèle. Pour Sacha, la décision est rapide : un mois en centre jeunesse à la sortie du bac lui fait comprendre que ce n'est définitivement pas sa population de prédilection. Le TS effectuée des remplacements dans d'autres SAD avant celui de TR. Élie relate son arrivée au CSSS :

Élie : J'ai cogné à la porte comme ici du CSSS, et puis on m'a demandé si les personnes âgées, c'était quelque chose qui pouvait m'intéresser. J'ai jamais été contre, pourquoi pas, bien oui... [...]. J'aurais pu aller en centre jeunesse, on m'offrait un contrat de six mois à l'époque. Je me suis dit : « Ici, c'est du temps

plein, et au CSSS, ils me parlent des personnes âgées. » (Entretien de contexte de pratique)

Dans la seconde trajectoire, Camille, Dominique et Charlie passent par des emplois que nous qualifions d'emplois d'attente :

Dominique : J'ai travaillé dans cet organisme [communautaire] pendant deux années en délinquance, puis, par la suite, j'ai quitté pour rentrer au CLSC. (Entretien de contexte de pratique)

Ainsi, « quitter [le secteur communautaire] pour entrer en CLSC », témoigne selon nous de ce mouvement<sup>75</sup>, que le TS illustre plus loin dans l'entretien

Dominique : J'aurais bien aimé ça être organisateur communautaire, mais c'est un métier qui bat de l'aile de plus en plus, malheureusement. On en a deux au CSSS et c'est des conseillers à la promotion à la santé. Ils ont perdu leur titre, mais ils font le même travail. C'est passionnant, mais voilà... (Entretien de contexte de pratique)

Les emplois dans le secteur communautaire, parfois en région éloignée ou dans d'autres programmes du CSSS, dotent ces participants de pratiques variées du fait de la diversité des clientèles et des missions leurs expériences professionnelles antérieures.

TABLEAU 11 : POPULATIONS DESSERVIES AVANT L'ENTRÉE AU SAD

Participants	Population âgée	Autres populations
Claude	X	
Sacha	X	
Élie	X	
Dominique		X
Camille		X
Charlie		X

Nous remarquons rapidement au fil des entretiens que le stage est une clé d'entrée pour des remplacements dans le monde du travail. Il est peu prédictif, cinq ans plus tard, du

<sup>75</sup>« Le roulement est par ailleurs assez fréquent à l'intérieur même de la profession. Ainsi, de nombreux travailleurs sociaux débutent leur carrière dans des organismes communautaires pour la poursuivre après quelques années dans des postes mieux rémunérés des secteurs publics et parapublics »  
[http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi\\_avenir/statistiques/4152.shtml](http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/4152.shtml)

domaine d'insertion professionnelle, sauf pour ceux qui, dès leur formation initiale, formulaient un intérêt pour la population âgée.

TABLEAU 12 : RAPPROCHEMENT DES POPULATIONS EN STAGE ET PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE TRAVAIL

Participants	Stage PA	Emploi PA	Stage Autre	Emploi Autre
Claude	X	X	X	
Sacha	X	X	X	
Élie		X	X	
Dominique			X	X
Camille			X	X
Charlie			X	X

Ce qu'ils ont appris dans ces pratiques antérieures est réinvesti au SAD. Les TS dont la pratique est exclusivement auprès de la personne âgée (y compris avant d'entrer au SAD de TR), ont des expériences dans d'autres SAD, d'autres établissements du réseau public ou privé. Leurs pratiques convergentes contribuent à une connaissance aiguë des critères d'admission, du réseau, des institutions, etc. Ils connaissent pour chaque organisation l'interlocuteur pertinent pour débloquer un dossier (Observation Claude). Le vocabulaire interprofessionnel utilisé est initialement construit dans les postes antérieurs proches du domaine médical. Ils sont capables d'argumenter avec un physiothérapeute, une infirmière (Observation Élie), à partir du taux d'oxygénation (Observation Élie) ou de charge à 50% pour le déplacement d'une personne, alors même que leur formation initiale est silencieuse à ce propos. De même, ils peuvent soutenir leur demande de prise en charge par un service tiers (Observation Sacha) à partir d'une liste de médicaments. La perte d'autonomie est le dénominateur commun de leurs expériences et leur donne une connaissance fine de l'objet.

Ceux dont la pratique antérieure au SAD les a amenés à travailler dans d'autres programmes, dans le réseau public ou communautaire, ont aussi travaillé avec d'autres populations. Ces expériences ne sont pas précisées individuellement pour conserver

l'anonymat des personnes. Mais, à eux trois, Camille, Charlie et Dominique couvrent quasiment l'éventail complet des populations de l'intervention sociale<sup>76</sup>. Dans des situations, moins marginales qu'on pourrait le penser, la perte d'autonomie est rendue plus complexe du fait d'autonégligence, de maltraitance ou de troubles de santé mentale non diagnostiqués qui induisent des composantes relationnelles particulières à la situation d'intervention. Ces TS peuvent alors compter sur leurs pratiques antérieures pour effectuer leur intervention gérontologique, d'autant plus si elles sont significatives en durée. C'est particulièrement le cas de Camille, qui compte sept ans dans d'autres pratiques que celles du SAD.

Nous pourrions dire que les premiers ont acquis une expérience interprofessionnelle forte autour de l'objet perte d'autonomie et les seconds une expérience relationnelle forte, notamment quand les contextes de vie (entourage, santé mentale, etc.) qui rendent la perte d'autonomie des personnes plus complexe.

Suite à ce portrait rapide des participants, nous retenons quatre points particuliers :

- les formations initiales en TS, suivies dans plusieurs universités au Québec, proposent au mieux des cours optionnels en gérontologie. Un seul participant qui s'y est inscrit justifie sa formation en TS exclusivement pour travailler auprès de la personne âgée;

---

<sup>76</sup> Pour l'un : « Embauché par le Conseil des Premières Nations, j'ai fait ça six mois, ensuite j'ai été embauché au centre de santé de X, j'ai fait l'enfance, puis la petite enfance de 0 à 5 ans puis 13 ans, je dirais... puis je suis parti en voyage une année, j'ai travaillé à info sociale aussi, j'ai fait de la garde 24/7 ». Pour l'autre : « J'ai travaillé dans cet organisme [communautaire] pendant deux années en délinquance puis par la suite j'ai quitté pour rentrer au CLSC. Ensuite j'ai fait l'équipe de déficience physique, 0-100 ans pendant six à huit mois ». Enfin, un troisième a travaillé « en déficience physique, auprès de la personne handicapée et j'ai fait au début de ma carrière un tour en service de santé mentale. J'ai fait DPJ et psychiatrie en région éloignée, en psychiatrie hospitalière interne et externe, j'aurais pu aller ailleurs, j'ai fait jeunesse, santé mentale, communautaire aussi au niveau de la violence conjugale, j'étais intervenante désignée en violence conjugale. » (Entretiens de contexte de pratique)

- ils ont une expérience en SAD de plus de cinq ans; pour cinq d’entre eux, le CSSS et l’OEMC étaient en place à leur arrivée dans le SAD. Ce sont donc des intervenants expérimentés dans la pratique et dans l’organisation intégrée de cette pratique;
- leurs domaines d’intervention antérieurs au SAD les dotent d’expériences relationnelles pertinentes développées auprès de populations diversifiées dans certaines situations d’évaluations (santé mentale, maltraitance, etc.);
- l’expérience antérieure au SAD, dans le secteur public ou associatif, mais exclusivement auprès de la personne âgée, les dote d’une expérience élevée de l’objet perte d’autonomie fonctionnelle (vocabulaire médical, connaissances concrètes des ressources d’hébergement comme des ressources communautaires, rouages administratifs, etc.).

La répartition équilibrée de trois TS ayant une expérience exclusive auprès des personnes âgées et de trois autres en pratique diversifiée est le fait du hasard du recrutement des volontaires.

### **4.3. Orientations données à l’activité d’évaluation par et dans l’organisation**

L’organisation soutient concrètement la pratique d’évaluation des TS. Il est indéniable que la formation aux outils<sup>77</sup> imposés par le MSSS assure une relative harmonisation de l’évaluation dans les SAD. Cependant, suite aux observations et aux entretiens, les

---

<sup>77</sup> Selon la répartition établie par le MSSS, les ASSSS devaient accompagner l’implantation de l’intégration des services et soutenir les CSSS. Toute cette réforme visant l’intégration des services avait pour intention d’orienter cliniquement les professionnels vers des pratiques réputées plus efficaces et adéquates, car mieux coordonnées, plus standardisées, notamment l’évaluation.



savoirs de la pratique de l'évaluation se construisent plus sûrement dans les rencontres cliniques et les rencontres interprofessionnelles.

#### **4.3.1. Les rencontres d'équipes clinico-administratives**

Elles sont planifiées à l'année et concernent les intervenants psychosociaux des huit secteurs du SAD. C'est rencontres sont donc disciplinaires. Sur la demi-journée, les TS sont divisés en deux groupes qui changent d'activité à la pause. Les deux activités en question sont administratives (informations internes, procédures, loi,) et cliniques (mono disciplinaire, regroupant tous les secteurs géographiques du SAD). Nous nous intéressons plus aux rencontres cliniques que Camille présente ainsi :

Camille : On se partage nos trucs, on se partage nos façons de faire, ce qui fait que ça colore et ça teinte notre intervention personnelle.

M : Et c'est dans quelle instance que vous pouvez partager?

Camille : On a des rencontres clinico-administratives, régulièrement [...] Clinico-administrative, ça veut dire que la moitié de la rencontre est administrative sur une durée de trois heures, où notre supérieur, notre chef de programme, nous piste sur les nouvelles du jour, ou les nouvelles du mois [...] c'est très administratif. Et il y a l'autre partie du groupe qui est clinique [...]. Et le supérieur et l'intervenant clinique lui, changent de moitié de groupe à la mi-temps. (Entretien de contexte de pratique)

Dans son récit de pratique, Dominique réfère clairement à cet espace d'échange comme une opportunité de faire le point avec ses pairs et de valider sa démarche dans un dossier particulièrement complexe :

Dominique : J'ai parlé de ce dossier-là en rencontre clinique, clinico-administrative, donc avec l'ensemble des travailleurs sociaux du secteur, la conseillère clinique et mon boss aussi. On a passé ce dossier-là à plusieurs reprises en rencontres cliniques [...]. En rencontre clinique, ils disaient, tu sais, que j'étais allé loin, que j'avais tenté beaucoup de choses et que, finalement, l'entente n'était pas possible [...]. C'est en rencontre clinique qu'on a décidé qu'on mettait ça entre les mains d'un avocat. (Entretien de récit de pratique)

Il est peu usité de donner accès à sa pratique dans d'autres métiers relationnels, nous pensons notamment aux situations d'enseignement. Ces rencontres cliniques pourraient être perçues comme des temps de contrôle puisqu'elles se déroulent en présence de tous les TS et d'un membre de la hiérarchie. Or, si nous y voyons un enjeu de conformité vis-à-vis de la pratique professionnelle, les participants soulignent la plus-value de ces rencontres plus que le risque qu'elles engendrent :

Camille : La partie plus clinique est vraiment un échange, de discussion, on a des dossiers précis...

M : Les bons coups? Les mauvais coups?

Camille : Bons coups, mauvais coups... mais j'irais plus loin. Vraiment des discussions cliniques sur des dossiers problématiques. Est-ce que j'ai fait la bonne chose? Est-ce que dans ce dossier précis, j'ai pu passer à côté d'un élément que j'ai pas vu puis que, en discutant, vous allez me le faire voir? C'est vraiment s'assurer que j'ai fait tout ce qu'il fallait pour ce dossier-là. Parce que j'ai soit un degré de malaise d'intervention, soit un cul-de-sac, où j'ai l'impression de m'enfoncer et que je ne sais vraiment pas quoi faire dedans [...] une vue d'ensemble des différents intervenants et différents sons de cloches. (Entretien de contexte de pratique)

La rencontre clinique valide la pratique, c'est-à-dire d'une part la démarche suivie et le raisonnement clinique. Camille, dans l'extrait précédent, énonce clairement ces deux axes et valide la démarche (« C'est vraiment s'assurer que j'ai fait tout ce qu'il fallait pour ce dossier-là ») et fait appel au raisonnement clinique des pairs (« [...] j'ai pu passer à côté d'un élément que j'ai pas vu puis que, en discutant, vous allez me le faire voir? »).

Les situations à mettre en discussion sont choisies, toujours dans l'extrait de Camille, « parce que j'ai soit un degré de malaise d'intervention, soit un cul-de-sac, où j'ai l'impression de m'enfoncer et que je ne sais vraiment pas quoi faire dedans... » Elles

présentent donc un niveau de complexité suffisamment élevé pour que la pratique usuelle ne puisse pas être reconduite.

Dans ces rencontres cliniques à la lumière de ce qu'en disent les TS, l'outil n'est pas discuté (peut-être devrions-nous dire : n'est plus), il est le passage obligé de l'activité d'évaluation. Par contre nous pouvons voir que les intervenants qui réfèrent explicitement à ces rencontres le font en lien avec des situations complexes. Les rencontres cliniques donneraient plus à discuter sur les aspects non standardisés de l'évaluation mais plus sur le raisonnement à tenir dans une évaluation donnée.

Ainsi, quand la situation résiste, le TS partage ce qu'il a fait et les questions qu'il se pose. Nous faisons alors le lien avec les fondements des théories de l'activité. En effet, si les actions posées sont individuelles, le TS qui présente une situation en rencontre clinique questionne le sens à donner à son activité en recherchant la validation et le soutien de ses pairs. Ce questionnement collectif sur une situation participe à la construction d'un savoir partagé de l'activité d'évaluation entre TS du même SAD. Plus finement, l'enjeu de ces rencontres nous rapproche du genre et du style de Clot et Faïta (2000). L'appropriation du genre s'exprime par le respect des procédures, de l'adoption du vocabulaire comme de la façon de traiter une situation. Les rencontres cliniques regroupent les psychosociaux, **pour** reprendre le terme en usage dans le SAD, c'est-à-dire un collectif de professionnels disciplinaires dont les fonctions sociales sont déterminées :

Ces énoncés retiennent la mémoire impersonnelle d'un milieu social dans lequel ils font autorité, donnent le ton. Ils trahissent les sous-entendus qui règlent les rapports aux objets et entre les personnes, traditions acquises qui s'expriment et se préservent sous l'enveloppe des mots. Ils prémunissent le sujet contre un

usage déplacé des signes dans une situation donnée. Un genre est toujours attaché à une situation dans le monde social. (Clot et Faïta, 2000, p. 10)

Cette appropriation du genre est relativement claire dans l'extrait suivant :

Camille : Pour ce qui est des gens qui arrivent, sur le terrain des vaches, je dirais, c'est comme d'emblée un message qu'on se passe entre nous, qu'on apprend par les échanges en équipe inter, qu'on apprend à travers les discussions d'équipe clinique. Et là, ça va de soi qu'on intègre cette façon de faire-là, et ça fait notre couleur d'intervenant à la lumière des autres informations reçues dans d'autres réunions, dans d'autres discussion de cas, dans des échanges de corridor [...] À un moment donné, on se dit : « OK, c'est comme ça qu'on procède ici. » Il y a beaucoup de façons de faire qu'on apprend en partageant entre nous. (Entretien de contexte de pratique)

Pour Camille, « les gens qui arrivent sur le plancher des vaches », les débutants en travail social ou les nouveaux venus dans le SAD, apprennent que « OK, c'est comme ça qu'on procède ici. » Le SAD, en organisant ces rencontres clinico-administratives, favorise l'appropriation du genre par les nouveaux venus par l'imitation des anciens. En même temps, le SAD entretient le genre chez les anciens que le développement du style pourrait éloigner d'une activité souhaitée. Nous retiendrons la délimitation des styles :

Celui ou ceux qui travaillent agissent au travers des genres tant qu'ils répondent aux exigences de l'action. Du coup, quand c'est nécessaire, ils ajustent et retouchent les genres en se plaçant également en dehors d'eux par un mouvement, une oscillation parfois rythmique consistant à s'éloigner, à se solidariser, à se confondre selon de continuelles modifications de distance qu'on peut considérer comme des créations stylistiques. (Clot et Faïta, 2000, p. 15)

Ces rencontres permettent l'ajustement des pratiques : « C'est d'ailleurs ce travail du style qui produit une stylisation des genres susceptible de les "garder en état de marche", c'est-à-dire de les transformer en les développant » (Clot et Faïta, 2000, p. 15). Comme le précise Camille: « Il y a beaucoup de façons de faire qu'on apprend en partageant entre nous » (Entretien de contexte de pratique). La régularité de ces rencontres formelles sert de mise à jour continue, qui, au besoin, se prolonge en échanges

informels. Nous avons souligné combien l'aménagement de l'espace favorise ce type d'interaction.

M : Et les rencontres clinico-administratives, elles sont à peu près à quel rythme?

Camille : Je pense que c'est aux quatre à six semaines, c'est sur une base assez régulière. [...] Mais : « Est-ce que je peux faire un échange avec toi? J'ai une urgence », on s'arrange entre nous, c'est très convivial. (Entretien de contexte de pratique)

À côté de ces rencontres clinico-administratives spécifiques aux intervenants du secteur psychosocial du SAD, les rencontres interprofessionnelles répondent à une autre logique organisationnelle.

#### **4.3.2. Les rencontres interprofessionnelles**

Elles sont convoquées au besoin, en réponse à une situation complexe pour laquelle chaque intervenant impliqué, toute discipline confondue, expose sa lecture du dossier.

Ces rencontres ont une finalité clinique.

M : L'équipe inter, c'est?..

Camille : C'est, en autant qu'il y a d'autres intervenants dans le dossier, mais généralement des personnes qui sont en perte d'autonomie à minimum importante, il peut y avoir une auxiliaire familiale qui soit au dossier, une infirmière pour des prises de sang...

M : L'ergo est ...

Camille : Oui...Etc. On convoque l'équipe inter et s'il n'y a pas d'équipe inter, je rencontre la coordinatrice clinique et je lui partage mon malaise, je lui partage la situation (Entretien de contexte de pratique).

Lors des temps d'observation, plusieurs rencontres interprofessionnelles se sont tenues.

Nous choisissons d'en illustrer les déclencheurs comme les conséquences à partir d'une situation observée avec Charlie et les suites d'une rencontre observée dont le dénouement est relaté par Élie. Nous verrons plus loin comment les rencontres inter mobilisent aussi l'entourage de la personne. Ce croisement des regards des

professionnels, intervenants, personne âgée ou proches, cherche à construire un point de vue global sur une situation spécifique à des fins cliniques.

Le coordonnateur du secteur attribue en urgence un dossier à Charlie. La situation est connue du SAD par les soins infirmiers, l'OEMC effectué par une infirmière n'ayant pas initialement conclu de référence en TS. Au bout de quelques mois, la responsable des soins infirmiers du secteur reçoit des échos contradictoires selon l'infirmière qui fait les soins à domicile. Pour certaines, madame est victime de son entourage et, pour les autres, c'est l'entourage qui est victime de madame. Au-delà de l'anecdote, du point de vue de l'activité, les « pro-Madame » peuvent pratiquer leurs soins tels que prévus, alors, pour les « pro-Entourage », cela est plus difficile, et la controverse se poursuit dans le Service, rendant l'ambiance électrique. Il semblerait que la situation initiale « strictement de santé » évolue vers une composante sociale, d'une part du fait du refus de service, et d'autre part d'un soupçon d'abus de pouvoir de la part des proches de madame (pour les « pro-Madame ») ou d'abus financier par un nouvel arrivé dans l'entourage de madame (par les « pro-entourage »). C'est ainsi que Charlie entre dans ce contexte pour tenter de décrypter la situation au domicile de Madame, pour calmer le jeu afin que les soins infirmiers puissent intervenir et que le Service retrouve sa sérénité et au final fasse le point sur la situation d'abus (de pouvoir ou financier s'il a lieu).

L'après-midi même de l'attribution, quand Charlie revient au SAD suite à la première visite à domicile<sup>78</sup>, le coordonnateur de secteur provoque la rencontre

---

<sup>78</sup> En observation avec Charlie, le vocabulaire cru de Madame témoigne de l'agressivité potentielle des échanges. Elle fulmine contre son entourage qui s'enquiert du paiement des taxes municipales et autres oublis administratifs. Elle récuse l'existence de ses troubles cognitifs, pourtant confirmés par la liste de médicaments et le pilulier verrouillé pour contrôler la médication. Madame explique que les astres lui avaient pourtant conseillé de se méfier de son entourage, du fait du signe astrologique de cette personne.

interprofessionnelle (Observation Charlie, « La voyante qui perdait la mémoire »<sup>79</sup>). Sont réunis autour du coordonnateur les professionnels présents au dossier de madame : le physiothérapeute, Charlie et le coordonnateur des soins infirmiers pour partager leurs perceptions. Le physiothérapeute n'est plus au dossier depuis peu mais elle donne son point de vue sur la mobilité et confirme la collaboration inconsistante de madame. Son intervention est rapide. Du point de vue des soins infirmiers, c'est le coordonnateur qui recentre sur le but de l'intervention des soins infirmiers pour évincer de la rencontre les postures « pro-Entourage » ou « pro-Madame. »

Le point de vue des autres professionnels vient confirmer la perception de Charlie. Madame est en perte d'autonomie avec un profil multiproblématique. Les pertes cognitives qui s'installent brouillent la régularité de la médication indispensable pour stabiliser certaines pathologies, en même temps qu'elles lèvent des inhibiteurs comportementaux. Madame explique avoir travaillé comme voyante-médium pour les services de police (Observation Charlie). L'entourage, épuisé par son caractère imprévisible que la désinhibition rend agressif, demande à ce que « quelqu'un » prenne le relais. À l'issue de la rencontre interprofessionnelle, l'orientation de l'intervention va vers un plan de services individualisés, Charlie est alors désigné d'intervenant-pivot<sup>80</sup> et

---

Nous apprenons aussi que le lien avec certaines infirmières s'explique avec ce même argument et que madame refuse d'ouvrir la porte à certains professionnels (infirmières) en fonction de leur signe. Par contre, Charlie et moi avons de « bons signes » astrologiques. Madame est la voyante qui perdait la mémoire. Elle relate avoir grimpé à la grande échelle des pompiers la semaine précédant notre visite pour secourir une jeune femme suicidaire qui portait un bébé dans ses bras. Mais ces performances physiques sont démenties par la présence de la marchette dans un coin de la cuisine, comme par son déplacement malaisé quand elle nous raccompagne à la porte de son domicile.

<sup>79</sup> Nous avons, dans le temps de la collecte de données, attribué un titre à chaque situation rencontrée. Celles-ci sont exposées dans le quatrième point de la présentation des matériaux (les douze situations).

<sup>80</sup> Plus fonction que poste, le pivot est l'intervenant désigné pour coordonner les services lorsque plusieurs disciplines collaborent dans un dossier et doivent concerter leurs interventions. La désignation est en usage et se démarque des appellations dites de gestion de cas (Couturier, Gagnon, Belzile et Salles, 2013).

chargé de rédiger le PSIAS<sup>81</sup>. L'aboutissement est rapide, l'avis des professionnels des différentes disciplines converge vers une intervention concertée.

Dans cette situation, l'OEMC au dossier de madame n'est pas consulté par Charlie avant de partir au domicile. La note de demande de service sert de « mandat » et situe la demande, qui est d'aller voir et donner son point de vue. En observation, Charlie sort son agenda et l'ouvre sur la table de la cuisine. Dans cette première rencontre, il n'est pas fait usage d'un outil d'évaluation matériellement visible. Mais le regard et le questionnement du TS estiment les déplacements de madame valident son repérage dans le temps (la date du jour). Le pilulier verrouillé<sup>82</sup> est posé sur la table de la cuisine. Cette information pour Charlie est un indicateur de perte de repères et permet de questionner Madame sur sa médication. Certains des diagnostics sont « acceptés », par contre Madame nie le diagnostic d'Alzheimer. Ces différents éléments servent à actualiser la connaissance et les informations que Charlie a en main avant sa visite. Ils servent également à jauger la réceptivité de madame, tout en banalisant la visite à domicile, avant d'arriver au point central de la présence du TS : faire le point sur un risque d'abus révélé par une situation de conflit entre la personne et son proche aidant.

La liste d'investigation que Charlie suit mentalement recoupe les items de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sans le soutien matériel de l'OEMC. Cette rencontre se

---

<sup>81</sup> Le logiciel est récent dans la pratique des intervenants du SAD. Le coordonnateur propose d'accompagner Charlie dans cette rédaction à partir de son poste de travail. La journée s'achève environ deux heures après la fermeture des bureaux : le dossier a été attribué le matin, la visite à domicile effectuée en début d'après-midi, la rencontre interprofessionnelle déclenchée vers 16 heures et les bases du PSIAS posées immédiatement à sa suite.

<sup>82</sup> Les infirmières du SAD mettent sous clé les piluliers chez les personnes pour qui la prise de médicaments devient compliquée notamment par la perte des repères temporels et de fait parviennent difficilement à suivre leur médication. La non-observance est plus sur le registre de la déstabilisation d'une maladie chronique que d'un risque de surmédication intentionnelle. Charlie en entretien informel est le seul des six TS à évoquer le suicide de la personne âgée sur le registre éthique et de son propre rapport à la fin de vie.



veut informelle. Force est de constater que Charlie sait louvoyer entre les thèmes et ajuste son questionnement à la résistance perçue chez son interlocuteur<sup>83</sup>. Le thème de « l'entourage » abordé avec madame fait comprendre que le nouvel arrivant (bénévole ou ami, le statut n'est pas clair) est peut-être maladroit vis-à-vis de l'entourage familial de madame mais n'est pas nocif pour celle-ci. Par contre, l'entourage familial, accusé d'ingérence par madame, s'inquiète légitimement de sa gestion financière (entre autres oublis administratifs, par exemple, madame a oublié de payer ses taxes).

Dans cette situation, l'évaluation avec l'OEMC a été réalisée en amont, mais son évolution clinique nécessite une mise à jour par l'émergence d'une nouvelle composante de la situation qui convoque l'intervention d'un TS. Dans ce dossier, chaque intervenant partage son point de vue et ses limites pour embrasser la complexification de la situation de madame, à la fois par des signes plus marqués de ses pertes cognitives (les oublis) et par leurs conséquences (difficultés de l'entourage familial à ajuster son attitude face aux modifications relationnelles qui en résultent).

Les rencontres interprofessionnelles sont aussi déclenchées lorsque des divergences apparaissent dans la compréhension de la situation entre les intervenants. En observation avec Élie, la fragilité et la dégradation de l'état de santé de madame (oxygénation, aptitude à la marche et collaboration dans les soins) fait pencher certains professionnels vers une relocalisation en CHSLD et d'autres vers plus de stimulation dans la résidence actuelle. Or, madame ne « cote pas CHSLD », ce qui veut dire que son score Iso-SMAF est inférieur au profil Iso-SMAF 10.

---

<sup>83</sup> Chronologiquement, cette visite à domicile est la dernière que nous ayons effectuée avec Charlie au bout d'environ 30 heures d'observation. Il est évident que notre propre regard sur les façons de faire à domicile de Charlie bénéficie de ce que nous avons perçu lors des visites précédentes, des entretiens formels et des échanges informels.

Pour chaque demande d'entrée en résidence ou en CHSLD (« relocalisation », dans le langage courant des TS), le service du mécanisme d'accès du CSSS valide, à l'aide de l'Iso-SMAF, l'orientation préconisée par les professionnels. Dans le dossier de madame, le TS, l'inhalothérapeute et le physiothérapeute échangent leurs points de vue sans pour autant parvenir à une vision partagée de la situation dans laquelle ils interviennent. Nous pouvons convenir que l'OEMC est un outil standardisé mais c'est l'usage que chacun en fait qui permet de parvenir à une évaluation. Or, dans la situation présente, le même outil et le même score conduisent les professionnels en présence à formuler des avis contradictoires. Ils conviennent toutefois d'un plan à quelques jours qui pose les bases d'une remobilisation de madame pour voir comment la situation évolue. En effet, la situation de madame est très instable, les marqueurs biologiques varient pratiquement chaque jour. Les professionnels, en parvenant à ce compromis autour de la remobilisation de madame, repoussent le moment où la décision devra être prise en concertation. Jusqu'à présent, madame semble peu impliquée dans son propre projet de remobilisation et dans le débat à son sujet.

Quelques semaines plus tard, nous retrouvons en entretien<sup>84</sup> cette situation avec Élie. Pour madame, quelques indicateurs de santé s'améliorent alors que d'autres s'aggravent. La remobilisation n'a toujours pas permis d'établir une vision partagée, le compromis est donc reconduit en attendant de pouvoir s'entendre sur le type d'hébergement à proposer à madame. Le temps gagné permet à la situation d'être suffisamment claire pour que le jugement évaluatif soit partagé et constitue une conviction préalable à une orientation définitive.

---

<sup>84</sup> Nous avons pris l'habitude de vérifier le temps de disponibilité pour l'entretien, de prendre rapidement des nouvelles des situations des personnes que nous avons partagé dans les temps d'observations.

Cette rencontre interprofessionnelle, contrairement à la précédente, ne se déroule pas en présence de tous les interlocuteurs, certains étant rejoints par téléphone, et elle ne s'achève pas sur une vision partagée de la situation de madame. Entre la première rencontre inter et l'estimation des effets de la remobilisation de madame, les intervenants sont allés chercher du renfort dans leurs disciplines respectives. Ce statu quo signifie l'échec temporaire d'une vision partagée et interprofessionnelle de la situation de madame. Au final, l'arbitrage sera fait par l'équipe des mécanismes d'accès. Ainsi, quand les raisonnements cliniques disciplinaires ne parviennent pas à construire un point de vue partagé, le règlement administratif tranche. Cela montre le déplacement du locus de l'évaluation du seul jugement clinique individuel vers le jugement clinique interprofessionnel et, *in fine*, du jugement administrativotinique institutionnel.

En complément à ces deux temps d'observations, certains TS expriment en entrevue la plus-value qu'ils trouvent à ces rencontres :

Camille : [La rencontre inter] permet le plus de savoir qui fait quoi, puis comment on s'oriente et de donner toutes les informations communes, dans le seul objectif du maintien à domicile de la cliente. Comment je peux être sûr que tout a été fait et mis en place, qu'on a pensé à tout si on ne se rencontre pas toute la gang? (Entretien de récit de pratique)

Ces rencontres favorisent la communication et l'explication des actions des uns et des autres, ce qui est utile au développement de l'activité :

Camille : Est-ce que quelque chose auquel on n'aurait pas pensé et qui pourrait être bénéfique pour le maintien à domicile de mon client? Je vais faire une inter, on va faire un PSIAS ensemble. Et là, on met carte sur table : « Moi, j'ai fait ça et ça n'a pas fonctionné »; « OK. Je ne voyais pas ça dans la maison, je pensais que ça n'avait pas été essayé. » [...] Des fois tu as l'impression qu'on a oublié quelque chose... Des fois, ça n'a pas été oublié, ça a juste été tassé du revers de la main par le client, parce qu'il ne voulait pas de cette aide-là. (Entretien de récit de pratique)

Cet extrait expose des éléments d'interconnaissance qui aboutissent à la construction de savoir commun montrant que l'évaluation est beaucoup plus continue que le moment de l'utilisation de l'outil. La rencontre interprofessionnelle dépasse le schéma linéaire de l'intervention de chaque professionnel, selon les missions et fonctions qui lui sont attribuées au sein du service. Chaque progression du savoir contenu dans l'évaluation continue est d'abord univoque puisque émanant d'un professionnel et de son champ disciplinaire de référence avant de se constituer en savoir partagé. Les différents professionnels doivent alors mettre « carte sur table les uns devant les autres », pour reprendre l'expression de Camille. Cela revient à ce que chacun exprime ce qu'il a fait, pourquoi il l'a fait et le résultat, positif ou non, éventuellement « parce que le client l'a tassé du revers de la main », toujours selon Camille. La rencontre interdisciplinaire est le point de convergence de ces progressions disciplinaires.

Les deux observations illustrent le devenir incertain et potentiellement instable des rencontres interprofessionnelles à partir de cette rencontre des différences. La réussite (Observation Charlie) passe par la force centripète des différents regards. Plus que la somme des évaluations disciplinaires, elle est le lieu d'une étape avancée de l'évaluation en ce qu'elle est continue et multidimensionnelle.

L'échec des rencontres interprofessionnelles, quant à lui, est centrifuge (Observation Élie). Plutôt que de se rejoindre, les différentes disciplines se repoussent, ne parviennent pas à focaliser sur un objet commun. Cette situation est intolérable d'un point de vue clinique et appelle, en cas d'échec, une décision qui remonte dans l'espace administratif.

Les rencontres inter convient aussi à l'entourage<sup>85</sup> des personnes bénéficiaires du SAD. En effet, une part de l'évaluation du TS passe par l'analyse du quotidien. La personne âgée en perte cognitive n'est plus toujours en mesure de donner l'information et l'entourage la possède plus ou moins. Les situations qui illustrent ces rencontres concernent principalement des personnes âgées montrant des pertes cognitives. Ces rencontres sont le plus souvent provoquées en réponse au refus de service par la personne ou par des conflits familiaux autour de la personne.

Lors du récit de pratique et de l'entretien d'explicitation, Charlie propose d'explorer l'intervention en refus de services avec « La dame qui commence par dire non »<sup>86</sup>.

Charlie : [Madame] comprend pas trop, non plus... c'est quoi le soutien à domicile, comment ça fonctionne, et avec raison... parce que si t'es pas dedans... la boîte, c'est extrêmement difficile de savoir ce qu'il en est... même des fois quand tu es dedans... Mais, bon, toujours est-il que moi, je suis allé faire une première...j'ai appelé Madame. Madame ne voulait pas me rencontrer. (Entretien d'explicitation)

À l'initiative de Charlie, une première rencontre interprofessionnelle avec les infirmières permet de s'accorder sur une rotation minimale du personnel à domicile<sup>87</sup>. Une seconde rencontre inter, en présence de madame, réunit son fils et sa fille. Charlie fait des propositions de services pour soutenir l'autonomie de madame dans ses déplacements, limités depuis quelques mois du fait de la suppression de son permis de conduire.

---

<sup>85</sup> La notion d'entourage désigne au premier chef les proches (conjoint(e), enfant(s), membre(s) de la fratrie) significatifs dans le quotidien de la personne. En l'absence de famille directe, ce peut être un neveu, un cousin, ou toute personne significativement présente dans l'entourage de la personne.

<sup>86</sup> « La dame qui commence par dire non » aux services proposés finit, sous certaines conditions, par les accepter. Chaque nouvel intervenant doit se faire accepter par Madame pour pouvoir entrer dans sa maison. La stratégie consiste alors à stabiliser l'équipe des intervenants, puisque s'ils sont connus de Madame, ils sont alors moins à risque de rester devant la porte fermée du domicile.

<sup>87</sup> En effet, les soins à donner à Madame sont particuliers et chaque nouvelle infirmière doit apprendre la façon de faire. Il nécessaire de limiter le nombre d'intervenants pour que Madame ou sa fille n'aient pas à réexpliquer comment poser les gestes de soins, ce qui en soi est agaçant. De plus, l'expérience acquise par les infirmières installe un climat de confiance qui est primordial, Madame reconnaît les visages et ne se sent pas menacée par leur venue devant sa porte. Les inconnus risquent fort d'y rester.

Charlie construit une alliance avec le fils (et voisin) qui a l'écoute de madame, et avec la fille (qui cohabite avec Madame). Les deux femmes s'accrochent souvent, la fille n'en demeure pas moins une alliée de Charlie. Dans l'entretien d'explicitation, Charlie indique que Madame vient de recevoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer qu'elle nie, mais sa médication va dans ce sens. Depuis quelques mois, Madame rencontre des personnes (médecin, TS), passe des tests (test de l'horloge<sup>88</sup>, examen pour le permis de conduire), répond à des questions (dont l'OEMC), qui chaque fois se concrétisent en pertes (perte du permis de conduire, vente de sa voiture) ou suscitent des services du fait de ces pertes (aide à domicile). En d'autres termes, les personnes qui lui posent des questions la fragilisent et elles ne sont pas les bienvenues. Madame est donc méfiante vis-à-vis de Charlie.

Charlie : Souvent, les gens quand on les contacte, « TS! », ils pensent qu'on est là pour les placer. C'est ça. Donc, souvent, on essaye de démystifier ça... C'est souvent ça, le discours qu'on entend, c'est la chose qu'on essaye le plus possible d'enrayer chez les gens... Moi, souvent, je vais dire : « Je suis au soutien à domicile et je veux que vous restiez à la maison le plus longtemps possible... mon but, c'est le maintien à domicile », et de le répéter et de le répéter... (Entretien d'explicitation)

La rencontre à l'initiative de Charlie consiste à créer une alliance avec les enfants présents au quotidien. Leur influence positive, surtout celle du fils, soutient les propositions de Charlie pour le bénéfice de madame. Mais ces rencontres sont aussi indispensables lorsque les conflits dans l'entourage de la personne révèlent de la négligence, voire de la maltraitance (par exemple, un abus financier).

---

<sup>88</sup> Le test de l'horloge est un test de dépistage de la maladie d'Alzheimer (qui ne lui est pas spécifique) « On présente au patient un cercle avec un point central en lui précisant qu'il représente le cadran d'une montre ou d'une horloge. 1) On lui demande de positionner les chiffres correspondant aux heures ; 2) On lui demande ensuite de représenter une heure précise : 10 heures 20 ou 16 heures moins 10 généralement sans préciser qu'il faut dessiner des aiguilles ».

[http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer\\_test\\_horloge.html](http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer_test_horloge.html)

Quand Dominique entre dans la situation, il reprend la charge de cas d'un TS parti à la retraite. Les difficultés exprimées par sa conjointe, la perte d'autonomie de Monsieur, orientent ce dossier au long cours<sup>89</sup> vers l'homologation du mandat en cas d'incapacité. Dominique explore ce dossier en récit de pratique et en entretien d'explicitation, ce sera la situation de « La touriste mexicaine »<sup>90</sup>. En quelque sorte, il s'agit de valider l'incapacité de la personne à prendre les décisions qui la concernent et, dans un même mouvement, de valider l'aptitude de la personne désignée comme mandataire pour ces mêmes décisions. Lors de cette évaluation, la fille s'oppose à sa mère sur les soins à apporter à Monsieur. À partir de là, de multiples rencontres familiales cherchent à faire le point sur la situation. Si l'incapacité de Monsieur paraît évidente, la désignation de Madame comme mandataire l'est moins. Les autres membres de la famille prennent parti, qui pour la mère, qui pour la fille. Vont aussi être impliqués dans ce dossier la police et les avocats, pour finalement être mené en cour de justice. (Récit de pratique Dominique; Entretien d'explicitation Dominique)

Ces rencontres n'ont plus pour but de construire un réseau d'alliés du TS autour de la personne mais d'identifier qui sont les alliés adéquats pour la personne. Comme dans les rencontres entre professionnels, lorsque le point de convergence n'est pas atteint, c'est une instance autre qui prendra la décision, ici ce sera la justice.

---

<sup>89</sup> Les dossiers en SAD, du fait des maladies chroniques, de l'espérance de vie et du maintien le plus longtemps possible à domicile peuvent être suivis plusieurs années.

<sup>90</sup> Dans la situation de « La touriste mexicaine », le conjoint de Madame est en perte d'autonomie, marquée par une progression rapide de la maladie d'Alzheimer (Monsieur ne pense plus à se laver, il s'est perdu dans un environnement qu'il connaissait, ne participe plus verbalement aux discussions, etc.). Madame prend, malgré tout, des billets d'avion pour aller passer les trois mois d'hiver dans le Sud comme d'habitude, et ne comprend pas pourquoi sa fille (qui n'est pas la fille de Monsieur) considère son projet comme peu réaliste. Elle compte cette année encore voyager avec (et aux frais) de Monsieur.

Dans leur compréhension des situations, les TS sont soutenus régulièrement par les rencontres clinico-administratives. Ils peuvent solliciter des rencontres inter professionnelles ou familiales. Dans tous les cas, ces rencontres visent une meilleure compréhension de la situation, en croisant les regards entre professionnels d'une même discipline ou en sollicitant le regard des autres intervenants et professionnels, de l'entourage. Elles s'imposent quand la procédure d'évaluation bute devant la complexité de la situation parce que les informations reçues sont partielles, comme l'a expliqué Camille ci-dessus. Pour que l'évaluation puisse se prolonger, il faut contourner la butée. En ce sens, l'évaluation est continue, avec ses moments ritualisés (OEMC) et des événements qui sont nécessaires et pragmatiques pour contourner les culs-de-sac, opportunités saisissables dans les rencontres inter. À partager leurs regards, ils parviennent alors à un plus haut niveau de compréhension, d'intelligibilité de la situation et constituent « un cadre commun de l'action », pour reprendre l'expression de Loneux :

Il est possible de parler de convention pour définir ce cadre commun de l'action [...]. Une convention est en effet, selon la définition de Louis Quéré, « un dispositif cognitif servant à encadrer les interprétations, à contraindre la formation de conjectures, à orienter des informations pertinentes et à limiter les choix des objets qui peuvent servir de ressources pour coordonner l'action ». (Loneux, 2004, p. 76)

Nous trouvons dans ce cadre commun de l'action, pour reprendre l'expression empruntée à l'auteure, l'espace de construction d'un savoir commun aux intervenants du SAD. Cet espace voit converger les cheminements professionnels, marqués de leurs fondements disciplinaires, vers une approche interprofessionnelle comme ébauche de l'évaluation interdisciplinaire de la situation. Il y a fort à parier que ce « dispositif cognitif servant à encadrer les interprétations » (Quéré, 1993, p. 23) ne se réinvente pas



à chaque situation, il est en partie institutionnalisé, puis incorporé dans des savoirs pratiques constitutifs du processus d'évaluation.

Nous formulons l'hypothèse de la construction d'un savoir pratique et partagé de l'évaluation. Ici, le partage n'est pas une réduction des savoirs au dénominateur commun entre les professionnels en présence, mais bien plus un élargissement du savoir pour chaque intervenant impliqué dans la situation. Les TS recrutés par leurs expériences en SAD ont construit ce savoir, élargi vis-à-vis de leur activité d'évaluation et de leur strict champ professionnel, comme une compréhension transversale de leur pratique.

Pour autant, ces exemples illustrent aussi des rencontres où les protagonistes ne parviennent pas à atteindre une compréhension partagée, chacun, professionnel ou entourage, restant alors dans sa compréhension. La décision finale est prise par une instance extérieure à la situation et aux rencontres. Elle fait alors appel à des règles qui sortent partiellement des références en clinique. Les mécanismes d'accès sont régis par le règlement administratif du réseau de la santé (Observation Élie) alors que l'affaire portée devant un tribunal en appelle au droit (Récit de pratique Dominique). L'évaluation a donc au moins une dimension individuelle, une dimension interprofessionnelle et une dimension institutionnelle, ces trois dimensions s'exprimant dans un processus évaluatif à la fois continu et structuré autour de moments ritualisés, comme la passation de l'OEMC ou l'arbitrage des conflits par le comité administrativoclinique autorisant l'accès à l'hébergement de longue durée.

### 4.3.3. La formation aux outils cliniques

La dernière orientation donnée par le CESS à l'activité d'évaluation des TS en SAD est majeure. L'établissement doit s'assurer de la formation des professionnels au bon usage de l'outil<sup>91</sup>. Cette formation obligatoire se déroule sur deux jours et est destinée à l'ensemble des professionnels du SAD (nous avons référé à cette formation dans la section 3.2.1 Préparation au terrain), notamment les débutants TS dans la profession. Sauf s'ils ont effectué leur stage professionnel en intervention gérontologique (comme Sacha et Claude chez nos participants), leur formation initiale ne les prépare pas à utiliser ces outils. En effet, rares sont les enseignants en travail social ayant reçu l'accréditation du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke<sup>92</sup> nécessaire pour former les étudiants aux outils cliniques. Pour le groupe des psychosociaux du SAD, cette formation concerne une cinquantaine d'intervenants.

## 4. 4. Les douze situations retenues

L'observation donne accès aux situations cliniques. Leur décompte s'avère peu pertinent, sauf à montrer la diversité et le fractionnement des actions des participants au quotidien. Nous avons attribué à chacune des rencontres un titre imagé qui synthétise de

<sup>91</sup> Cette responsabilité est attribuée aux établissements dès l'implantation de l'OEMC dans le déploiement du réseau de services intégrés : « La formation des utilisateurs de l'outil d'évaluation multiclientèle relève de chaque régie régionale de la santé et des services sociaux. Le programme de formation a été développé par le Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Des personnes sont habilitées par un processus d'accréditation à offrir la formation aux utilisateurs dans leur région respective » (p. 3).

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/6c1d4558606d3f9085256de2006acb25/\\$FILE/2003-021.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/6c1d4558606d3f9085256de2006acb25/$FILE/2003-021.pdf), consulté le 27 janvier 2016

<sup>92</sup> « Le CESS détient la propriété intellectuelle de trois outils du réseau de soins intégrés aux personnes âgées (RSIPA), soit l'outil de repérage PRISMA-7, la grille d'évaluation SMAF® (incluse dans l'OEMC) et les profils Iso-SMAF. En raison de l'expertise en gériatrie reconnue à l'équipe du CESS, que ce soit pour la formation, le service-conseil ou le développement d'outils cliniques performants et validés, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a fait du CESS un partenaire important pour la mise en œuvre du RSIPA Pour chaque outil, une formation donnée par le CESS est obligatoire. » <http://www.expertise-sante.com/outils-rsipa.htm>, consulté le 27 janvier 2016.

façon efficace les caractéristiques essentielles de quelques situations qui nous ont servi à illustrer notre travail d'analyse. Ce « raccourci » fut initialement utilisé pour notre propre repérage dans la prise de notes ou dans la tenue du journal de terrain. Il évoque aisément la situation, permet d'en suivre les rebondissements et de préserver l'anonymat des personnes dans les entretiens enregistrés. Dans le temps de l'analyse, ce choix s'avère pertinent pour conserver, au-delà de la prise de notes, une mémoire évocatrice de chaque situation.

Le choix du nom évocateur est lié à la situation. Ce peut être un fait surprenant, comme « La dame qui lisait *le Deuxième sexe* », livre qu'elle pose et commente, regrettant de ne pas l'avoir lu plus tôt dans sa vie (Observation Charlie). Ailleurs, c'est un détail comme « La maison où on nous offre des pantoufles » (Observation Dominique), attention unique lors de cet hiver 2015, très froid.

À l'issue des 150 heures d'observation et des 22 entretiens (hors groupes de discussion), douze situations ont traversé toute la collecte de données. C'est à partir de ces douze situations que nous avons principalement fait l'analyse de l'activité. Dans les pages qui suivent, d'autres situations uniquement observées permettront de donner de la force aux arguments de l'analyse.

Comme cela fut présenté précédemment (section 3.3), la démarche méthodologique proposée aux TS commence avec l'observation. Elle se prolonge dans l'entretien du contexte de pratique, qui reprend quatre fois sur six une situation observée. Pour le récit de pratique, nous avons demandé aux participants de choisir un de leurs dossiers observé ou évoqué dans l'entretien qui précède. Dans tous les cas, au cours de l'entretien

d'explication, les participants ont approfondi une situation déjà évoquée. Deux nouvelles situations sont évoquées en entretien croisé. En effet, treize semaines séparent cet entretien des premières observations (Annexe 17). Les TS profitent de cette occasion d'échanger sur un dossier récent et suffisamment marquant pour eux pour faire l'objet de l'entretien croisé. Nous avons donc une relative continuité permettant un certain approfondissement de l'activité d'évaluation à partir des douze situations.

**TABLEAU 13 : LES DOUZE SITUATIONS RETENUES SELON LES OUTILS DE COLLECTE**

Participants	Observations	Entretiens			
		Contexte de pratique	Récit de pratique	Explicitation	Croisé
<b>Dominique</b>	Même les crapules vieillissent	La touriste mexicaine	La touriste mexicaine	La touriste mexicaine	Incontinences humaine et canine
<b>Sacha</b>	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong
<b>Charlie</b>	Le couple au petit chien hargneux  Le couple qui avait fait un pacte  La dame qui commence par dire non	Le couple au petit chien hargneux	   La dame qui commence par dire non	   La dame qui commence par dire non	Le couple qui avait fait un pacte
<b>Élie</b>	Princesse	Princesse	Princesse	Princesse	La dame obèse qui ne mangeait pas
<b>Claude</b>	Les aidants épuisés qui menacent	Les aidants épuisés qui menacent	Les aidants épuisés qui menacent	Les aidants épuisés qui menacent	Les aidants épuisés qui menacent
<b>Camille</b>	Le frère, la sœur et les deux chiens	Mère et fille copropriétaires	Mère et fille copropriétaires	Mère et fille copropriétaires	Mère et fille copropriétaires

Ces douze situations constituent le fil conducteur de l'activité et incarnent « ce à quoi les professionnels ont affaire, ce avec quoi ils ont à faire, ce avec quoi ils ont à se débrouiller » (Mayen, 2012, p. 64). Au départ, certaines sont simples, comme pour « Le couple au petit chien hargneux » (Observation Charlie). D'autres explosent, comme la situation intitulée « Même les crapules vieillissent » (Observation Dominique), ou

l'urgence de l'intervention au domicile pour « Le frère, la sœur et les deux chiens » (Observation Camille). Elles s'imposent alors à l'agenda du TS.

L'engagement à remettre aux TS la transcription de leurs entretiens au fur et à mesure de la collecte valide avec chacun d'entre eux le contenu et oriente les entretiens suivants. Ainsi, quand Dominique déclare dans le récit de pratique : « J'ai bien vu que madame était inapte » (« La touriste mexicaine ») ou encore Élie : « Faut pas prendre madame pour une conne » (« Princesse »), nous leur proposons de « déplier comme un accordéon » le moment de l'activité où ils en arrivent à ces conclusions en entretien d'explicitation. En situation, quelles prises d'informations les amènent à formuler pour autrui ce qui pour eux est une évidence? D'autres, lors des premiers entretiens, formulent leur intention d'approfondir une situation particulière. Ainsi, dès le contexte de pratique, Camille indique vouloir aller en explicitation dans la situation de maltraitance financière de « Mère et fille copropriétaires ». Charlie anticipe de quelques jours un suivi à domicile pour que nous soyons en observation dans la situation du refus de services (« La dame qui commence par dire non ») afin de l'aborder en explicitation. Nous retiendrons que les TS voient dans la recherche l'occasion d'une démarche réflexive que leur quotidien ne permet pas toujours (Dominique, Charlie et Camille).

Le tableau ci-dessous présente chaque situation et les finalités de l'activité au moment observé ou évoqué par le praticien.

TABLEAU 14: SYNTHÈSE DES DOUZE SITUATIONS CLINIQUES

TITRE DONNÉ	SITUATIONS	ACTIVITÉS
Le couple au petit chien hargneux (Charlie)	Madame vient de chuter, monsieur est en perte cognitive. Relations filiales bienveillantes. Un des enfants garde le caniche récalcitrant dans ses bras pendant toute la rencontre.	OEMC
Princesse (Élie)	Une chute de trop vient perturber l'organisation quotidienne d'une dame, un tantinet têtue, diraient certains, et déclenche ou révèle une incontinence urinaire nocturne niée par l'intéressée.	OEMC
La dame obèse qui ne mangeait pas (Élie)	Le mystère est levé par la découverte de sa consommation de boissons gazeuses, plusieurs litres par jour, sans qu'elle fasse vraiment le lien avec son poids, puis sa chute.	OEMC
Les aidants épuisés qui menacent (Claude)	La relocalisation de la vieille dame produit l'insatisfaction des aidants épuisés devenus menaçants et insultants. Cela nécessite quatre heures de contacts en deux jours pour revenir à une communication normale et acceptable.	Évaluation
Ping-pong (Sacha)	À renfort d'experts médicaux, deux services entament une semaine de marathon d'arguments contradictoires avant de rejoindre le point de vue pragmatique de la TS qui suggère une co-intervention.	Évaluation
Incontinences humaine et canine (Dominique)	Le couple semble s'accommoder de l'insalubrité de son logement mais réagit quand le TS signifie que ce ne sont pas là des conditions de vie pour leur chien.	Reprise de dossier. Urgence
La touriste mexicaine (Dominique)	Les pertes cognitives conduisent à l'homologation du mandat en cas d'inaptitude. Or, la mandataire désignée ne voit pas qu'avec la désorientation de son époux, leur rituel hiver dans le Sud est impossible.	Reprise de dossier
Le couple qui a fait un pacte (Charlie)	Bien que le maintien à domicile de madame devienne chaque mois plus lourd, l'aide au conjoint lui permet encore de refuser l'entrée en institution de son épouse.	Suivi
Mère et fille copropriétaires (Camille)	Les relations conflictuelles entre la mère et la fille révèlent une situation d'abus financier de la part de la fille et toute l'ambiguïté du rapport coût/bénéfice chez la mère.	Suivi
La dame qui commence par dire non (Charlie)	Chaque service doit être imposé comme un test à madame, quitte à le retirer si elle ne s'y adapte pas. Il sera accepté si les enfants sont les alliés de la TS, le fils, plus que la fille.	Suivi
Même les crapules vieillissent (Dominique)	La boîte vocale du TS est saturée en une heure. Les rebondissements sur quatre jours d'observation semblent sans fin. Monsieur est issu d'un milieu interlope, il est en instance de jugement.	Suivi pour relocalisation
Le frère, la sœur et les deux chiens (Camille)	Selon les critères municipaux, l'hygiène du domicile frôle l'insalubrité et les intervenants à domicile n'en peuvent plus de ces conditions de travail.	Suivi fin service Urgence

Ces situations révèlent différents moments du processus de l'évaluation :

- Prendre les premières informations (« Les aidants épuisés qui menacent », « Ping-pong »)
- Collecter les informations avec l'OEMC (« Le couple au petit chien hargneux », « Princesse », « La dame obèse qui ne mangeait pas »)
- Actualiser les informations lors d'un suivi (« Le couple qui avait fait un pacte », « Mère et fille copropriétaires », « Même les crapules vieillissent »)

Elles indiquent des moments critiques qui marquent la perte d'autonomie :

- La sortie de soins aigus de l'hôpital (« Princesse », « La dame obèse qui ne mangeait pas »)
- Le changement de milieu (« La touriste mexicaine »)
- L'annonce de fin de services (« Le frère, la sœur et les deux chiens »)

Il semblait peu probable de saisir pour une seule situation auprès d'un même TS l'entièreté de l'activité dans sa continuité. L'évaluation est un processus itératif, continu, ouvert et en partie imprévisible dans ses finalités et discontinu par son intensité. C'est à partir de ces douze situations que nous explorons l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle menée par les TS.

## Chapitre 5. Décrire l'activité évaluative des travailleurs sociaux

Cette partie, volontairement descriptive, précise les attendus de l'organisation autour de l'activité d'évaluation. Les observations et les entretiens ici convoqués en preuve permettent de segmenter l'activité évaluative en trois étapes: 1) la réception de la demande de service, 2) la transmission au service qui couvre le secteur géographique de domiciliation de la personne, et 3) l'attribution finale, soit l'orientation du dossier dans la charge de cas (*caseload*) du TS. Cette troisième étape décline la procédure à suivre qui mène à l'évaluation avec l'OEMC. Nous terminons cette partie par le rapport à l'outil des TS.

### 5.1. La demande de service

La demande de service parvient au SAD par l'accueil dit « partenaire »<sup>93</sup>. Cette première étape consiste alors à vérifier le statut de la personne dans le DPE<sup>94</sup>. Lorsque la personne est connue du SAD, c'est-à-dire qu'elle est déjà assignée à un professionnel, ou que la fermeture de services est inférieure à trois mois, la demande lui est directement transmise.

Lorsque la personne est inconnue du SAD ou que son dossier est fermé depuis plus de trois mois, la lecture du DPE permet d'aller chercher quelques indications sur les

---

<sup>93</sup> La demande de service emprunte deux voies, l'accueil partenaire et l'accueil populationnel. La première voie traite l'ensemble des demandes institutionnelles (l'hôpital, un autre CSSS, etc.) ou émanant d'une personne qui, dans le cadre de sa fonction, fait une demande. En observation, un employé d'une agence financière s'inquiète des retraits bancaires importants et inhabituels d'un de ses vieux clients; il téléphone au CSSS et demande ce qu'il faut faire. La seconde voie réceptionne les demandes des personnes ou des proches. Nous avons observé que certaines demandes provenant du public arrivent dans la boîte vocale de l'accueil partenaire, l'inverse étant plus rare.

<sup>94</sup> Le DPE est accessible aux professionnels des établissements publics fusionnés au CSSS à partir du nom ou du numéro d'assurance sociale de la personne. Il permet d'accéder à l'ensemble des informations rendues accessibles par la conversion numérique du dossier papier (bilan de santé, hospitalisations, professionnels au dossier, dernier OEMC, notes évolutives, etc.). Il est une étape vers le dossier santé Québec (DSQ).



diagnostics, les épisodes de santé antérieurs, etc. Le programme SAD joue aux frontières des programmes de dépendance physique (DP), des services psychosociaux généraux ou de santé mentale; l'information accessible peut donc provenir d'autres secteurs d'intervention.

L'exploration à l'écran du DPE valide si la personne relève du soutien à domicile ou d'un autre programme. Pour ce faire, les TS disposent d'outils maison : « [Sacha feuillette le cartable bleu et lit :] « Arthrose, perte d'autonomie liée au vieillissement et troubles cognitifs, c'est dans ma cour. » (Entretien de contexte de pratique)

Sacha : Si c'est en lien avec un trouble d'adaptation, s'il est question d'un mandat, il est question de démence, de perte cognitive, de relocalisation, de chute, de mobilité précaire, de... Là, ça va plus être dans mon secteur [SAPA]. (Entretien de contexte de pratique)

Sur papier, les orientations vers les différents programmes du CSSS sont claires, mais néanmoins complexes à mettre en œuvre en pratique :

Claude : Pour savoir si c'est DP [déficiência physique], on a des critères écrits, des diagnostics qu'ils acceptent dans l'équipe, tous les autres, c'est les classiques de la personne âgée à domicile ou en résidence, les besoins d'aide, en réadaptation, soins infirmiers... liés à Alzheimer, démence quelconque. (Entretien de contexte de pratique)

En fait, la principale difficulté pour orienter en SAD ou en DP, par exemple, réside dans ce qui vient en premier : la perte d'autonomie puis l'AVC, ou l'AVC qui a comme conséquence ou déterminant la perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci constitue une première étape de l'évaluation des causes de la perte d'autonomie.

Claude : Quand les gens ont des maladies, des diagnostics vraiment de maladies comme sclérose en plaques ou un AVC soudain qui crée une perte d'autonomie, c'est DP aussi. (Entretien de contexte de pratique)

Selon notre compréhension, l'orientation entre les services psychosociaux généraux ou les psychosociaux du SAD est encore plus complexe.

Sacha : Si la personne, outre son problème d'adaptation, son deuil, sa déprime est relativement autonome, ça va plus être d'ordres psychosociaux généraux. (Entretien de contexte de pratique)

Une autre difficulté fonctionnelle réside dans l'ordre de traitement des demandes cheminées 24h/24 et 7 jours sur 7, par télécopieur, par téléphone, et qui se rajoutent à celles en cours de traitement. Après avoir classé les demandes selon l'origine de la perte d'autonomie, certaines situations paraissent plus urgentes que d'autres et imposent donc un autre niveau d'évaluation :

Claude : On essaye d'y aller par date, mais s'il y a des demandes plus urgentes que d'autres, ça, c'est le jugement aussi qui prime (Entretien de contexte de pratique)

La logique qui préside au traitement des demandes n'est pas chronologique et nécessite une priorisation constante. Par exemple, dans un message laissé très tôt le matin sur la boîte vocale, madame réitère sa demande de service avec une nouvelle donnée : « Pour la première fois, il [son conjoint atteint de pertes cognitives] m'a molestée la nuit dernière ». (Observation Sacha). Le dossier de son conjoint, transmis au secteur, est en liste d'attente. Ce message devient prioritaire dans le traitement de Sacha, le coordonnateur de secteur est d'ailleurs immédiatement informé par téléphone et la demande de service est déposée immédiatement dans son pigeonier.

L'évaluation répond donc à un autre critère de priorisation, après la nature de la perte d'autonomie selon des critères biologiques, l'urgence qu'elle recouvre selon des critères

plus sociaux, le traitement peut devenir prioritaire selon les caractéristiques du demandeur :

Sacha : Souvent, tout ce qui... l'hôpital, le CH, on essaye... notre demande peut influencer sur le congé ou pas, est-ce qu'on peut donner les services ou non, donc les retours [à domicile]. (Entretien de contexte de pratique)

La médiatisation des temps d'attente à l'urgence surdétermine la durée d'hospitalisation en soins dits aigus. Dans la chaîne des conséquences, il incombe au SAD d'absorber le flux des sortants pour que l'hôpital parvienne à réguler le flux des entrants grâce aux lits débloqués par les retours à domicile. Les sorties de l'hôpital sont traitées en priorité par le SAD.

Cependant, les TS utilisent des critères de priorisation qui ne sont pas toujours écrits. Par exemple, priorité sera donnée aux situations de perte d'autonomie fonctionnelle compliquées d'une limitation à la mobilité :

Claude : On regarde, c'est d'abord des gens qui sortent de l'hôpital, qui ont eu une fracture et puis qui retournent chez eux, ça c'est une priorisation parce qu'ils sont plus mal en point niveau mobilité, tout ça. Ça, ça fait partie des priorisations. (Entretien de contexte de pratique)

De même, la priorisation est renforcée selon des considérations psychosociales de la personne :

Claude : Les personnes, celles qui sont priorisées, c'est beaucoup des personnes démunies, seules, à domicile, sans réseau, isolées... (Entretien de contexte de pratique)

Néanmoins, d'autres variables émergent du discours, comme les pertes cognitives ou la suspicion d'abus :

Claude : L'Alzheimer, les problèmes cognitifs avancés, tout seul, ça aussi, ça fait partie des priorités [...] L'abus! Si c'est des cas d'abus financier, peu importe le

type d'abus, c'est traité en priorité... Ça fait partie des conditions sociales.  
(Entretien de contexte de pratique)

Ce travail de priorisation informelle s'insère plus ou moins directement dans des balises posées par les règles administratives d'accès à certains services et requérant une évaluation clinique peu standardisée. La lecture de la situation (par exemple, la sortie de l'hôpital d'une personne de 86 ans suite à une fracture de la hanche) dépend toujours de son contexte (seule ou pas, à domicile ou en résidence, pertes cognitives associées ou pas, etc.) et pourrait ainsi être considérée et traitée comme plus ou moins urgente.

Claude : Je fais une priorisation de ce qui est décrit, qui dépend du contexte, de où est la personne, ce qu'elle a, ses diagnostics, tout ça... Ensuite je fais les appels dans l'ordre que j'ai décidé et, à chaque jour, il y a des demandes qui rentrent. Je continue de prioriser mes demandes, lesquelles j'appelle en premier.  
(Entretien de contexte de pratique)

Les recherches d'informations dans le DPE préparent l'appel téléphonique. En règle générale, la personne est contactée directement. Si, dans les premières réponses, le discours ne semble pas cohérent, il peut alors être demandé de parler à l'aidant. En cas de perte cognitive repérée au DPE (diagnostics ou médication), un membre de l'entourage<sup>95</sup> pourrait être contacté par la suite pour validation des informations obtenues auprès de la personne.

Les TS vérifient par téléphone que la personne est informée de la demande et qu'elle la valide. L'entretien se poursuit alors, selon une grille maison inspirée de l'OEMC, et s'oriente principalement sur les AVD et AVQ.

Le but de ce premier contact « est de faire une collecte de données, avoir une image. La TS qui va y aller à domicile va les chercher, ces évaluations, la suite » (Entretien de contexte de pratique Sacha).

---

<sup>95</sup> Le DPE indique les personnes à contacter au besoin ainsi que le lien qui les relie à la personne.

Par exemple, Claude reçoit une demande du médecin de monsieur (Observation) qui vit seul et vient de chuter. Il aurait besoin d'aide à l'hygiène. Dans son appel, Claude valide avec monsieur la demande. En cours d'entretien, sur son carnet d'appel<sup>96</sup>, le TS synthétise avec des mots clef la teneur de l'échange. En raccrochant, Claude explique que monsieur est très articulé au téléphone et renouvelle son refus catégorique de service à domicile. Pourtant, suite à cette première évaluation, la demande est orientée vers le SAD. Claude identifie que monsieur est un cas de refus de service et est en perte d'autonomie fonctionnelle marquée<sup>97</sup>. Pour le TS, le fait que le médecin réitère la demande et qu'il se déplace chez monsieur augmente les signes d'alerte. La note de service est rédigée (format Word), imprimée et transmise au service de numérisation pour être versée au DPE avant d'être déposée dans le pigeonier du coordonnateur de secteur de domiciliation de monsieur. Cette première évaluation de la situation est résumée ainsi :

Sacha : Voici ce sur quoi on se base pour déterminer 1) c'est quoi les besoins puis 2) vers quoi on l'oriente. (Entretien de contexte de pratique)

Elle est à la fois validation et actualisation de la demande :

Claude : C'est logique de mettre la personne dans le contexte, de lui expliquer, me présenter, dire pourquoi j'appelle, d'expliquer, et puis de faire un résumé de notre téléphone à la fin pour être certain qu'il n'y a pas d'autres questions. (Entretien de contexte de pratique)

---

<sup>96</sup> Tous les participants utilisent un carnet. Les prises de notes varient dans la forme mais pas dans le fond. Dans la forme, chaque jour débute à une nouvelle page, les rappels à faire sont surlignés selon un code de couleurs. Sur le fond, chaque appel est séparé du précédent par une barre horizontale avec la date de la demande, l'interlocuteur ainsi que l'objet de l'appel, possiblement la suite à donner. Ce carnet sert aux participants à rédiger leurs notes évolutives au mieux dans les 48 heures suivantes, le plus souvent en fin de semaine (jeudi ou vendredi).

<sup>97</sup> Monsieur vit seul dans son chalet, au fond des bois, le premier dépanneur est à environ 30 minutes. Monsieur sort de l'hôpital suite à une fracture occasionnée par une énième chute.

Le schéma ci-dessous synthétise la procédure, de l'entrée à la transmission vers le secteur géographique de résidence de la personne. L'entrée de la demande est usuellement formulée par les partenaires, elle vient plus rarement directement de la population (flèche de pointillé). Nous identifions deux étapes d'évaluation : la première relative à la réception de la demande selon les critères d'orientation vers le SAD, la seconde prend la forme de la rédaction de la fiche de demande normalisée transmise au coordonnateur du secteur pour une évaluation standardisée de plus ample envergure.

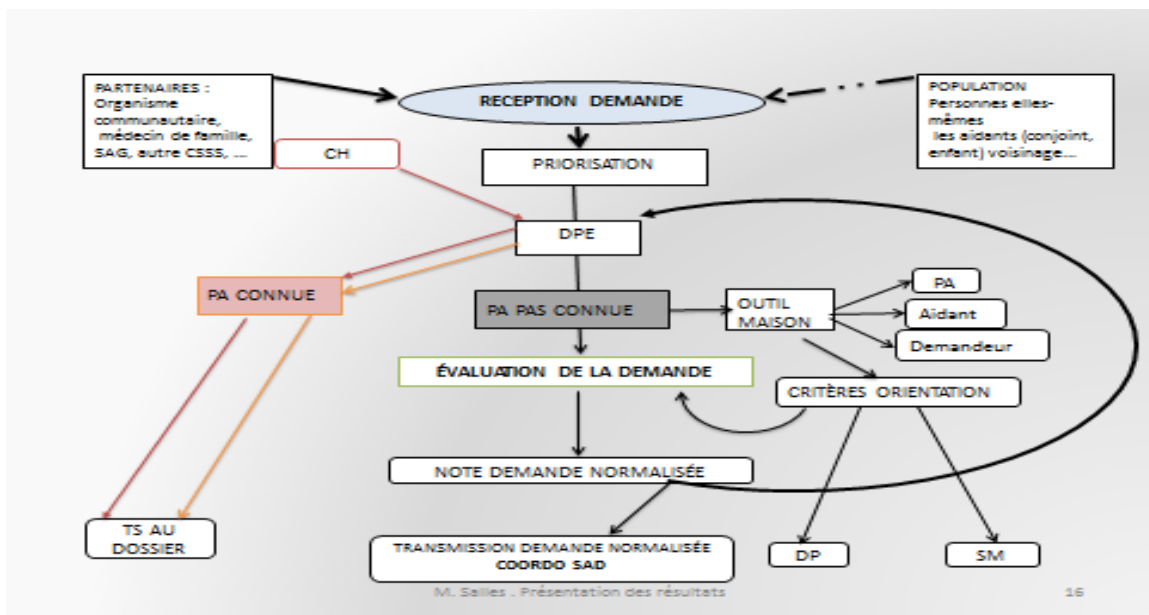


FIGURE 6 : ENTRÉE DE LA DEMANDE DE SERVICE ET ÉVALUATION NON STANDARDISÉE

Cette première évaluation conditionne l'entrée dans le SAD et atteste de la recevabilité de la demande, priorisée et éventuellement transmise vers la prise en charge par un TS.

## 5.2. Transmission au service

La demande initiale complétée par les recherches au DPE et contextualisée par l'appel téléphonique donne lieu, le cas échéant, à la rédaction d'une fiche de demande de services normalisée transmise au coordonnateur du secteur géographique de résidence de la personne. En quelques lignes, l'information donnée précise qui est concerné par la

demande, le motif de la demande et si la personne est confuse ou réticente au téléphone. Ces informations sont contextualisées par les diagnostics connus (par exemple, AVC ou fracture de la hanche).

Environ toutes les cinq semaines, les psychosociaux d'un secteur géographique se retrouvent dans le bureau de leur coordonnateur pour l'attribution des dossiers en attente. Les dossiers urgents sont, comme nous l'avons vu plus haut<sup>98</sup>, attribués à un TS par le coordonnateur en dehors de ces rencontres formelles. Cette réunion d'équipe, d'une durée approximative d'une heure (Observations Dominique, Charlie et Camille), débute par des échanges conviviaux. Le groupe souligne l'anniversaire ou le départ en vacances d'un de ses membres, c'est l'occasion d'organiser son remplacement en cas d'urgence pour sa clientèle. Au besoin, les dernières nouvelles organisationnelles concernant le secteur sont rapidement rapportées. Par la suite, la période d'attribution des dossiers en liste d'attente débute. Le coordonnateur demande à chaque TS présent de dire à haute voix, au regard de sa charge de cas et de l'intensité de ses dossiers, combien de dossiers il peut prendre. Le coordonnateur présente alors les dossiers cotés et hiérarchisés en P1\*, P1, P2, P3 et P4. Les demandes de services notées P1\* sont attribuées en priorité, puis les P1 et ainsi de suite jusqu'à la fin des possibilités du groupe d'intervenants. Passés les dossiers prioritaires, quand les intervenants estiment avoir comblé leur charge de cas, les dossiers non attribués sont mis en liste d'attente.

Camille : On a une rencontre de secteur, notre coordonnateur amène son cartable et sort les demandes qui sont priorisées par P1, P2, P3 et P4. P1\* c'est 24 heures! [Tape sur la table]. Et cet ordre-là détermine la rapidité de prise en charge du

---

<sup>98</sup>« La voyante qui perdait la mémoire » (Charlie), section 4.3.2 rencontres interprofessionnelles, ou « La dame molestée par son conjoint en perte cognitive » (Sacha), section 5.1 demande de service.

dossier. Donc, ce n'est pas rare que, quand on va voir notre coordonnateur, on sort de là avec deux, trois, quatre dossiers. (Entretien de contexte de pratique)

À la lecture des situations et selon les degrés de complexité perçus, le TS fait un calcul rapide de sa charge de travail<sup>99</sup> et des priorités qu'il doit donner. Dans les deux réunions d'attribution observées, plusieurs intervenants révisent leur disponibilité annoncée. En début de séance, par exemple, Charlie dit pouvoir prendre au mieux deux dossiers, mais il va repartir avec cinq P1 et P1\*, dont un sur la proposition du coordonnateur.

M : Tu as une quarantaine de dossiers ouverts?

Charlie : J'en ai 40 exactement, oui.

M : Et tu me racontais, on était en voiture, je crois, qu'aux cinq semaines, tu prenais x dossiers? Dans les réunions de coordination... C'est un rythme que tu te donnes ?

Charlie : Oui. [...] Comment je pourrais expliquer? Dans ma quarantaine de dossiers, il y en a plusieurs qui sont stables... Mais il va toujours y avoir un maximum.... En haut de ... je sais qu'en haut de 40, c'est difficile [Charlie est à temps partiel]. Ça devient stressant en haut de 40 dossiers parce qu'on ne sait jamais quand on va avoir un dossier. (Entretien de contexte de pratique)

Ces rencontres d'attribution suivent des règles implicites. Par exemple, il va de soi que celui qui part en vacances en fin de semaine ne va pas prendre de nouveau dossier. Puisque tel collègue prend un cas complexe, tel autre en prendra finalement deux qui semblent plus légers. Cet ajustement assure une répartition des nouveaux dossiers en fonction de leur lourdeur. Par contre, dans les équipes où certains collègues ne jouent pas le jeu honnêtement, les tensions sont palpables (Observation Camille)<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> La charge de travail est évaluée en fonction de plusieurs paramètres : le statut d'emploi du praticien (temps plein ou temps partiel), ses charges administratives particulières, soit au titre du syndicat, ses charges de formateur dans l'établissement ou ses responsabilités dans un des comités du CSSS. Entrent ensuite en ligne de compte l'accueil de stages, pour les fonctions de suivi. Aucun des six participants n'a en suivi de charge supérieure à 50 dossiers pour un temps plein.

<sup>100</sup> Dans cette autre équipe, la rencontre débute directement sur les dossiers à prendre, sans vraiment perdre de temps pour des échanges plus légers. Sans vraiment connaître l'histoire de l'équipe, la tension



L'attribution des dossiers repose aussi sur la connaissance qu'a le coordonnateur des forces de chaque membre de son équipe. Par exemple, le dossier qu'il propose-attribue à Charlie est une situation de refus. Et, à regarder la charge de cas de cette dernière, ces situations y sont plus nombreuses que pour les autres participants. Charlie s'avère habile pour entrer et faire entrer les services au domicile des récalcitrants. Dans d'autres situations qui imposent des rappels à la loi, le coordonnateur ira plus vers Dominique. Par contre, celles qui demandent de naviguer parfois à la marge pour avancer sur la question de perte d'autonomie fonctionnelle en contexte d'autonégligence ou de maltraitance sont plus souvent dans la charge de cas de Camille. Cela montre que les savoirs pratiques ne sont pas tout à fait les mêmes d'un praticien à l'autre et que cela est reconnu *de facto*.

De plus, cette attribution des dossiers plus complexes repose sur des formations spécifiques<sup>101</sup>. Le professionnel qui est allé se former partage son expertise<sup>102</sup> avec ses collègues au niveau du SAD mais sera privilégié pour ces cas dans son secteur.

Comme nous l'avons souligné dans la présentation des TS, ce peut être aussi une attribution en lien avec l'expérience antérieure de chacun, en dépendance physique, en santé mentale ou en délinquance, qui va orienter l'assignation du TS au dossier.

Dominique : J'ai travaillé en délinquance, j'ai côtoyé ces gens-là pendant près de deux ans... Quand j'étais en présence de Monsieur [« Même les crapules

---

entre deux intervenants est papable, ne serait-ce que par les positions abruptes qui sont annoncées d'entrée de jeu, affirmant ne pouvoir pas prendre de dossier... Comme un autre joueur part en congé, le nombre des intervenants entre lesquels les dossiers sont à répartir se réduit d'autant. La liste des dossiers prioritaires ne sera pas comblée, les intervenants restant en jeu ne comptant pas absorber les conséquences d'un désaccord qui paraît chronique et qui échappe au coordonnateur.

<sup>101</sup> L'OTSTCFQ exige au moins 15 heures de formation continue par année (OTSTCFQ, 2007).

<sup>102</sup> Nous avons pu observer qu'en fonction de leur spécialité, ces derniers sont sollicités plus ou moins formellement par leurs collègues aux prises avec de tels dossiers, quel que soit le secteur de travail.

vieillissent »];c'est clair que je vais chercher du bagage professionnel que j'ai déjà eu. (Entretien de contexte de pratique)

La réunion prend fin par le décompte des dossiers en attente sur le secteur. L'objectif de l'organisation, en termes de respect des cibles de performances managériales visées, mais aussi d'un point de vue clinique, consiste à réduire les P1 en attente.

Charlie : Le coordo nous dit : « J'ai 18 cas en P1 dans tel secteur »... Quand on vient en haut de 20 cas, on devient tous un peu mal. (Entretien de contexte de pratique)

Chaque dossier qui n'est pas pris va rester en attente jusqu'à la prochaine rencontre, soit pour cinq semaines. Le coordonnateur du secteur assure le suivi pour actualiser des informations et signifier au demandeur que sa demande va être traitée, une façon de faire patienter les personnes, les aidants. Dans ce laps de temps, les situations peuvent rebondir, devenir prioritaires suite à un passage à l'hôpital qui impose un retour à domicile, par exemple. Dans ce cas de figure, nous avons vu (section 5.1 demande de service) que ce dossier devient prioritaire à l'agenda du TS.

Lors du groupe de discussion, environ trois mois après l'observation de la rencontre d'attribution, les TS nous informent que les balises de traitements des dossiers avaient été révisées :

Claude : Entre le moment où tu as écrit la façon de prioriser la demande, et là aujourd'hui ...

Dominique. Charlie. Claude. Camille (en chœurs et rieurs) : Ça a changé!

Sacha : En fait, les P1\*, c'est maintenant P1, P2, P3, P4!

Claude : Dans le fond, c'est de P1 à P4, P1 ... enfin, c'est des théories qu'ils essayent d'appliquer ...P1 c'est immédiatement, P2 c'est dans les 48 heures, P3 dans la semaine et puis P4 ... ça peut faire un peu d'attente ... ça serait comme 30 jours idéal [sic]... (Groupe de discussion TS)

Le schéma ci-dessous propose une synthèse de la transmission de la demande de son entrée à la prise en charge de celle-ci par un intervenant du SAD. Il souligne (flèche rouge) le raccourci emprunté par des demandes, qui viennent de l'hôpital ou sont des urgences sociales, comme le cheminement des dossiers autres que P1\* et P1, qui restent en attente (flèche pointillée bleue) mais que tout évènement, notamment une hospitalisation, peut faire basculer dans les dossiers urgents.

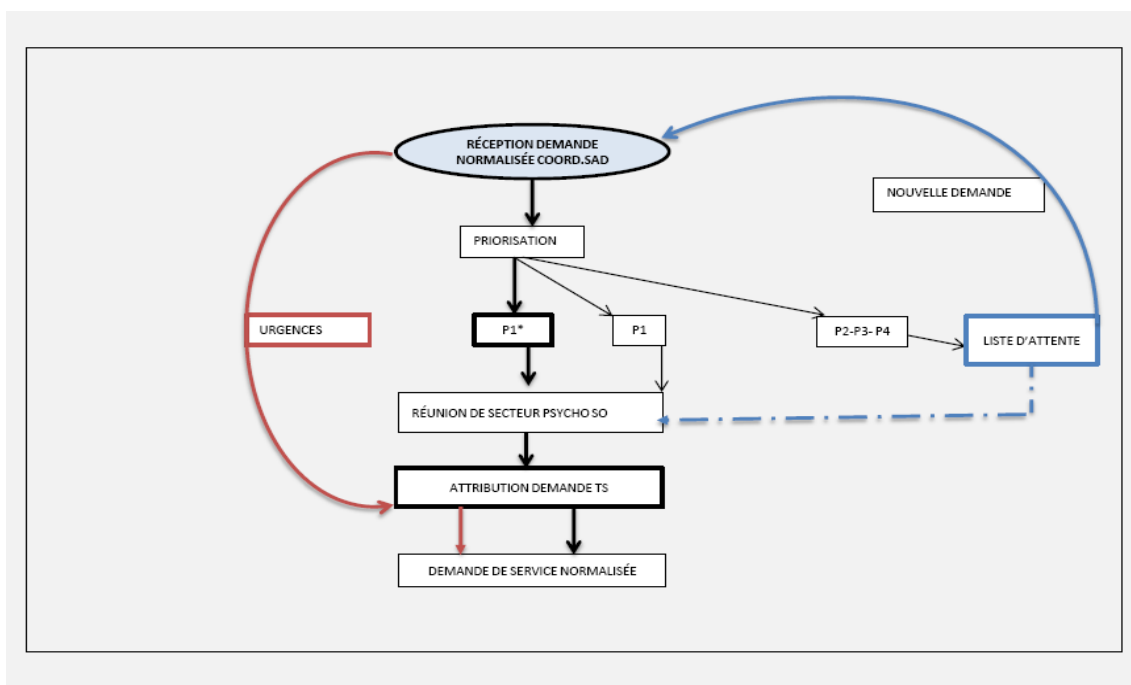


Figure 7 : La transmission de la demande au secteur de résidence de la personne âgée

### 5.3. Attribution au travailleur social

L'observation et les entretiens permettent de retracer les procédures suivies par les TS lorsqu'ils sortent de la rencontre d'attribution des dossiers : 1) l'ouverture du dossier, 2) la prise de contact, 3) la première rencontre au cours de laquelle le TS utilise l'OEMC. Par ce qu'ils en disent et ce que nous avons vu, nous accédons à la dimension concrète de ce que fait un TS en situation d'évaluation, ce qui correspond au premier objectif de recherche.

Camille : Normalement, quand je fais un RSIPA, à domicile, je dirais que, à l'intérieur de la même semaine, je suis capable de jeter sur l'ordinateur les données. [...] j'arrive à faire le tout [collecte des données avec l'OEMC à domicile et transcription des données dans le logiciel RSIPA sur l'ordinateur au bureau]. (Entretien contexte de pratique)

### 5.3.1. L'ouverture du dossier

En sortant de la rencontre d'attribution, le TS repart en ayant en main la demande de services normalisée, en format papier. Rédigée par l'accueil et actualisée par le coordonnateur, elle est un premier niveau d'information. Le TS y trouve les indications qui orientent sa compréhension du mandat qui lui est confié, par exemple si la personne est confuse, s'il y a un conflit entre la personne et les aidants ou tout autre élément de contexte qui vient s'ajouter à une situation de perte d'autonomie fonctionnelle dont il doit dresser le constat plus précis via son évaluation multidimensionnelle.

Si la personne est déjà connue des services du SAD, la demande tombe dans les activités réservées aux TS, comme l'homologation du mandat. La demande est dans ce cas faite par un intervenant d'une autre discipline du SAD qui, dans son activité, soupçonne par exemple une situation de maltraitance. L'intervention du TS sera alors dans le cadre de l'évaluation du fonctionnement social ou de l'homologation du mandat d'inaptitude.

Puisque la personne est connue du SAD, l'OEMC a été effectué par l'intervenant au dossier (par exemple, une infirmière). Le TS ouvre l'OEMC complété<sup>103</sup> qui lui est accessible dans le DPE pour rechercher l'information nécessaire à son intervention

---

<sup>103</sup> Si la demande initiale est un soin, le dossier est orienté vers les soins infirmiers, et l'OEMC sera alors complété par un professionnel en soins infirmiers. Le dossier vient rebondir en TS quand au cours des soins, l'infirmier est confronté à une difficulté dépassant son domaine d'expertise. Un intervenant pivot sera désigné si la situation nécessite un plan interdisciplinaire de service et, dans ce cas, le TS est en règle générale désigné comme pivot.

disciplinaire. Les onglets du DPE les plus sollicités par les TS sont l'historique, les épisodes de soins ainsi que les notes évolutives des différents intervenants.

Si la personne n'est pas connue du SAD, le TS doit faire une évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Mais avant de s'y atteler, la demande de services normalisée sera rapidement confrontée à ce qui est disponible dans le DEP. Cette source d'informations est utilisée avec pragmatisme : le TS ne va pas lire l'intégralité des données qui lui sont disponibles, mais à partir de ce qui est rédigé dans la demande de service, il recherche des indices pour se faire une première idée. Plus tard, il sera toujours possible de se référer aux épisodes de soins ou à l'historique (dans les sections du DPE) pour clarifier d'autres aspects de la situation.

Dominique : Quand je suis assigné lors de la rencontre avec le coordo, je pars avec la demande dans les mains, papier. Là je vais aller à la recherche des informations de ce que j'ai déjà, donc la demande [formulaire]. Avec le DPE, on a tout son historico-médico-médical. (Entretien de contexte de pratique)

Nous avons observé deux styles dans l'ouverture du dossier. Pour certains TS, la consultation du DPE sert de point de départ de la collecte d'informations et d'actualisation de la demande avant la visite à domicile. Le DPE permet d'accéder à l'ensemble des informations médicales (services consultés, diagnostics, traitements médicaux, interventions chirurgicales, etc.). Or, les TS, ouvrent prioritairement les épisodes de soins et l'historique, estimant que les autres informations n'étaient pas pertinentes pour cette première rencontre. Et dans les épisodes de soins et l'historique, les TS restent concentrés sur les dernières informations disponibles, les plus actualisées. Il y a donc un savoir relié à la recherche d'informations, nous pourrions dire minimaliste

mais fondée sur la pertinence et l'actualisation des informations nécessaires en amont de la rencontre.

Pour d'autres, la priorité est de partir à domicile, avec les seules indications de la fiche de demande normalisée, une éventuelle recherche de l'itinéraire sur Internet et de valider les premières informations avec le DPE au retour du domicile :

Charlie : J'ai plus tendance à dire que je vais voir, parce que sinon, ce n'est pas le même portrait quand tu vas arriver là-bas... Ça va être une autre situation que ce que tu as lu... Je vais essayer de partir le plus vite possible puis revenir avec la première impression de la personne, ensuite, je vais aller voir dans le dossier, ou recueillir de l'information. (Entretien de contexte de pratique)

Par exemple, suite au premier contact, le registre de communication de madame laisse Élie dubitatif. Dans toutes ses réponses, elle reprend à la lettre la question formulée par Élie, la faisant précéder par oui ou non<sup>104</sup>. La réponse est formulée sur un ton mécanique, les mots prononcés sont isolés les uns des autres. De retour au bureau, Élie consulte le DPE, et certains intitulés, comme une hospitalisation en psychiatrie, éclairent le mode de communication de madame. À partir de là, il formule ses questions de telle sorte que madame puisse répondre par oui ou par non, prenant garde de ne poser qu'une question à la fois. (Observation Élie). Les TS ont donc un usage pragmatique du DPE et s'en servent aussi pour valider une première impression, chercher à comprendre un point particulier de la situation. Nous voyons dans l'usage qu'en fait Élie que l'intervention sera ajustée au regard des informations rendues accessibles par le DPE.

Toujours est-il que les TS accordent plus ou moins d'attention aux informations du DPE, selon la date et la nature de celles-ci. Par exemple, ils savent que pour les personnes

---

<sup>104</sup> Par exemple, dans un dialogue imaginaire, cela reviendrait à ce type d'échanges :

Élie : Vous avez été hospitalisée pour une fracture de la hanche?

Madame : Oui, j'ai été hospitalisée pour une fracture de la hanche.

hospitalisées, la mise à jour du DPE est effective environ quatre jours<sup>105</sup> après la sortie de l'hôpital. Comme les sorties de l'hôpital sont à prioriser, bien souvent, les intervenants du SAD ne disposent pas des dernières informations médicales pour le retour à domicile de la personne. Dans le cas de retours à domicile suite à une hospitalisation, la recherche directe dans le DPE serait une perte de temps, l'information contenue dans la demande de services est la plus actualisée.

Alors que Dominique tient les statistiques de ses activités comme le demande l'organisation (Observation Dominique), nous comprenons que les activités sont fractionnées en tâches pour cette cotation, pourtant la lecture du dossier ne correspond à aucune activité référencée. Elle serait donc une activité invisible, voire non valorisée. Dans les intentions poursuivies par le projet d'intégration des services, qui promeuvent une culture de l'évaluation et du partage de l'information, l'absence de la codification de la prise de connaissance du dossier est étonnante, et révèle une réduction de l'activité évaluative à sa seule dimension instrumentale.

Nous avons vu que les fusions successives imposent un système d'information partageable, comme le DPE le montre. Du point de vue organisationnel, il y aurait donc plus d'efforts pour la réalisation technique de l'information partageable (les systèmes informatiques de l'hôpital et du CSSS se parlent) que pour son usage clinique par les professionnels (l'activité qui consiste à prendre connaissance des informations dans le système informatique n'est pas cotée, l'hôpital ne tient pas ses dossiers actualisés).

M : J'ai été très étonnée de voir au niveau de la codification que prendre connaissance du dossier, renseigner l'OEMC, ce n'était pas *staté* ?

---

<sup>105</sup> Le temps que les services techniques numérisent les dossiers pour actualiser les données du DPE.

Dominique : Non, il n'y a pas de *stat*. En fait, il y en a une qui pourrait s'apparenter, ce serait « action d'observation », « suivi », mais on voit que ce n'est pas encore pointu par rapport à la prise de connaissance d'une demande de dossier. Non, c'est comme du temps qui est essentiel à l'intervention, mais qui n'est pas codifié, qui n'est pas calculé... On va retrouver « action d'évaluation », donc l'action de faire l'OEMC, on va retrouver des termes à caractères plus généraux, comme « activité psychosociale ». On peut mettre beaucoup de choses là-dedans. On va retrouver « soutien mobilisation des aidants naturels » [tous les téléphones avec une tierce personne qui est aidante dans le dossier], ça on peut le *stater*, mais « prise de connaissance de la demande », « validation des éléments de la demande de services », il n'y a pas ça. Il n'y a pas de *stat* qui existe pour ça. (Entretien de contexte de pratique).

Ces éléments nous permettent de comprendre que les TS ne passent pas beaucoup de temps dans le DPE en amont de l'évaluation. Les informations ne sont pas toujours actualisées quand ils doivent intervenir, et l'activité qui consiste à lire les dossiers n'est pas valorisée par les indicateurs de performance des SAD, contrairement aux visites à domicile. La combinaison de tous ces facteurs pousse les participants dans l'action : se présenter à domicile.

Nous avons toutefois identifié que les TS faisaient un usage pragmatique du DEP en sélectionnant les informations les plus actualisées qui leur sont strictement nécessaires, avant d'aller au domicile.

### **5.3.2. La prise de contact**

Lors de ce premier appel téléphonique, le TS valide l'identité de la personne et s'identifie lui-même (nom, prénom et fonction, précisant généralement qu'il travaille au CLSC ou au SAD). La demande rapidement validée, le TS fixe un premier rendez-vous s'assurant de la disponibilité de la personne (en cas de traitements en cours, de visite planifiée chez l'optométriste, etc.), de ses habitudes de vie (sieste en début d'après-midi, préparation du repas du soir vers 16 heures, horaire du feuilleton suivi à la TV, etc.) ou



tout autre paramètre qui, au fil des suivis, va faciliter les rencontres (Entretien de contexte de pratique Camille).

Pour les demandes codées P1\*, le premier rendez-vous s'effectue rapidement (24 heures) et la proposition faite pour ce premier rendez-vous est rarement discutée par la personne (Observations Dominique, Élie, Charlie et Camille).

Élie : Généralement, je les vois [les nouveaux clients] la journée même, parfois, le lendemain. (Entretien de récit de pratique)

Quand des pertes cognitives sont identifiées dans la demande normalisée, l'intervenant suggère la présence d'un aidant (conjoint(e), enfant(s) ou entourage). Cette suggestion peut compliquer la prise de rendez-vous si l'aidant réside ou travaille loin (Observation Dominique).

Certains participants énoncent aussi des critères plus cliniques, comme les personnes inconnues du SAD qui sont de facto prioritaires.

Charlie : Souvent les gens qui n'ont aucun service, je vais commencer par eux. Il y a personne [du SAD] qui a vu le milieu [de vie de la personne], il n'y a pas d'autres yeux que les miens [pour se faire une première idée du contexte]. (Entretien de contexte de pratique)

Si personne n'est au dossier, cela signifie qu'aucun intervenant n'est allé à domicile, et d'expérience, les TS savent que les demandes de services sont faites lorsque la personne n'est plus en mesure de se débrouiller seule ou que son entourage est épuisé. Ce sont donc des situations pour lesquelles la demande initiale, modeste ouvre sur un besoin de services de plus grande ampleur.

C'est particulièrement le contexte d'intervention de Charlie pour « Le couple au petit chien hargneux ». Une semaine après la première visite où nous avons observé l'utilisation de l'OEMC (Observation Charlie), monsieur est hospitalisé en urgence pour un problème médical sans lien avec ses pertes cognitives, madame ne se remet pas d'une chute « anodine » et doit être relocalisée, et les enfants (présents lors de l'évaluation avec l'OEMC) déclenchent l'homologation du mandat en cas d'inaptitude.

Chaque nouveau dossier s'ajoute aux rendez-vous déjà pris pour les suivis réguliers, inscrits dans les temps planifiables, notamment pour des réévaluations. L'agenda doit donc laisser du flou (Observation Charlie), du « *lousse* » (Entretien de contexte de pratique Dominique) pour répondre aux urgences et aux nouvelles assignations.

Dominique : En temps normal, on ne se met pas des rendez-vous de 8 heures à 16 heures. Je dirais, deux interventions à domicile par jour, pour moi, c'est une bonne journée, en plus des notes, des téléphones, des autres appels. (Entretien de contexte de pratique)

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle s'insère donc dans l'activité permanente, et la première habileté du TS consiste à prioriser ses dossiers :

Dominique : La principale difficulté, c'est la gestion des priorités... quand il y a beaucoup de choses qui arrivent, c'est être capable de prendre un moment et de voir quelle priorité, quel téléphone je retourne, sur quel dossier je mets mon énergie dans les prochaines heures, les prochaines minutes. (Entretien de contexte de pratique)

La population à domicile ou en résidence est très âgée, lourdement tributaire des services d'aide du réseau de la santé et des services sociaux, des aidants ou des services privés ou associatifs. Les situations les plus susceptibles de désorganiser l'agenda du TS sont celles des personnes âgées en grande perte d'autonomie fonctionnelle, à domicile, dans un équilibre fragile :

Dominique : Souvent, on est interpellé dans des situations précaires; les usagers qu'on suit, en grosse partie, c'est des situations qui sont précaires, donc à risque à tout moment de ...

M : De péter?..

Dominique : De péter! De sauter, de changer, de se transformer, de... Notre quotidien professionnel est souvent teinté de ça. (Entretien de contexte de pratique)

Il s'agit alors de faire entrer dans l'agenda ces événements imprévisibles, incluant les demandes de l'hôpital. La question de la liste d'attente est présente partout, à l'hôpital comme à l'attribution des dossiers du SAD. Dans la pratique des TS, elle est dite priorisation. Liste d'attente ou priorisation, dans les deux cas, il s'agit de savoir par quel dossier on commence.

Élie : Je dois fixer mes priorités parmi ma charge de travail... Alors, je vais la voir [la personne] selon si j'ai le temps... à organiser les dossiers qui entrent et tout ça, sauf à organiser des problèmes qui surgissent. (Entretien de récit de pratique)

Dans certaines situations de refus de service, comme avec « La dame qui commence par dire non » (Charlie), il n'est pas toujours simple d'accrocher un premier rendez-vous :

Charlie : Madame, quand j'ai pris contact au début, elle ne voulait pas me voir. J'ai eu un refus au niveau du téléphone, donc, ensuite, je l'ai rappelée une autre journée et elle m'a dit « OK! Tu pourrais venir faire un tour aujourd'hui. » (Entretien de récit de pratique)

Les participants ont une bonne connaissance du territoire. La seule adresse donne une idée du quartier, parfois marquée par la précarité, la qualité des logements et la réputation de tel propriétaire d'immeubles d'appartements connu pour négliger ses bâtiments comme ses locataires. Plus spécifiquement, Camille reconnaît l'adresse d'anciens clients décédés depuis pour intervenir auprès des enfants, prématurément en perte d'autonomie fonctionnelle (Observation Camille). Pour nous qui ne connaissons

pas la ville ni ses quartiers, ce vécu du territoire chez les TS apparaît comme un savoir implicite et primordial de l'exercice en SAD. Il est construit sur l'expérience et oriente la vigilance du praticien.

La prise de contact suppose de savoir organiser son temps. Or, le prévisible est toujours tributaire des autres activités que le TS doit faire, de l'instabilité des situations, des demandes comme des urgences qu'il faut gérer et de l'intime conviction que la première demande de service formulée par une personne est prioritaire.

### **5.3.3. La première rencontre : convaincre de répondre à l'outil d'évaluation**

Ce premier face à face, dans la pratique des TS rencontrés, toujours hors CHSLD, précise le rôle et les services offerts ou possiblement offerts par le SAD et légitime la nécessité d'évaluer les besoins de la personne.

Camille : On a quand même, par la commande qu'on a de l'établissement, une petite lumière rouge : « Faites attention... Évaluez les besoins; n'offrez pas des services d'emblée, mais commencez par évaluer c'est quoi les besoins! » Et ça, on nous le dit. (Entretien de contexte de pratique)

Les TS se présentent avec une certaine régularité et réitèrent à plusieurs reprises le protocole de l'appel téléphonique (nom et prénom, titre et affiliation au SAD), puis ils valident si la personne se souvient de leur appel téléphonique (daté de la veille ou du matin).

Charlie : J'ai expliqué un peu à madame [tape sur la table] c'est quoi mon rôle, c'est quoi les services qui existaient [tape sur la table], et puis que ça l'engageait en rien, que moi j'étais venue pour voir comment ça se passait. (Entretien de récit de pratique)

Certains usent alors d'une question rituelle : « Savez-vous ce que ça mange un travailleur social en hiver? » (Observations Charlie, Camille et Dominique). La

formulation et le ton de cette première question se veulent légers et servent à « briser la glace. » Le TS sait qu'en lui donnant la parole, il fait entrer la personne dans l'interaction. Cette question ouverte permet à la personne d'aller dans la direction qu'elle souhaite. Elle peut s'informer de ce qu'il lui sera possible d'obtenir par le TS, éventuellement de formuler ses réticences à le faire entrer dans son intimité ou encore d'évacuer la frustration « d'en être rendu là »<sup>106</sup>. Dans les entretiens formels et informels, les TS formulent la création du lien avec la personne et son maintien comme condition première à leur activité. Ainsi, dès la première rencontre, il faut savoir « briser la glace. »

Mais, avant d'en arriver à l'utilisation de l'OEMC, plusieurs étapes doivent être franchies.

M : À la première visite à domicile, tu y vas avec quoi?

Dominique : Avec l'OEMC papier, la grille d'évaluation de risques à domicile et le consentement aux soins. C'est les trois [documents] de base. (Entretien de contexte de pratique)

En complétant les observations par les entretiens, nous avons identifié six étapes de la procédure qui mènent à l'évaluation avec la grille OEMC<sup>107</sup>.

### **5.3.3.1. Le contrôle de l'identité de la personne rencontrée**

Selon les procédures administratives, les TS vérifient qu'ils s'adressent à la bonne personne, dès que la porte du domicile s'ouvre (« Madame Unetelle? »). Cette vérification passe donc sur un registre informel mais constitue des stratégies du contrôle

---

<sup>106</sup> La perte d'autonomie est souvent le premier contact des personnes âgées avec l'aide publique, y avoir recours est parfois déqualifiant et menaçant pour elles. Puis les TS sont historiquement associés au placement des enfants, et les personnes âgées redoutent à leur tour d'être « placées » (Entretien Camille).

<sup>107</sup> Ces étapes sont reconstituées dans les 150 heures d'observation, elles sont clarifiées en entretien (Entretien contexte de pratique Dominique et Camille).

d'identité de la personne et parfois, si l'intéressé hésite, de premier indicateur de pertes cognitives.

Camille : Je dois m'assurer de faire une double identification du client tel que demandé par l'établissement. « Vous êtes bien monsieur Untel? » « Oui », « Je suis bien à telle adresse? » « Oui. » « OK. » Tu sais... idéalement, ce qu'il [l'établissement] nous demande même, c'est la carte d'assurance maladie. (Entretien de contexte de pratique)

Le formulaire d'évaluation des risques formalise cette étape de validation de l'identité, les coordonnées et le nom de la personne y sont relevés.

### **5.3.3.2. L'évaluation du risque à domicile**

La grille d'évaluation du risque<sup>108</sup> à domicile a le statut d'obligation administrative par les TS, elle est donc rapidement remplie :

Camille : Quand je pars à domicile, j'amène, quand c'est un dossier qui n'est pas connu du CLSC et que je suis la première intervenante à arriver, parce que sinon, tout premier intervenant, quel qu'il soit comme professionnel, doit faire l'évaluation, la grille d'évaluation des risques. [...] « Avez-vous ci? Est-ce que vous rangez vos matériels de nettoyage (eau de javel, tatatata) dans des endroits sécuritaires? ». Il faut aller jusque-là... à un moment donné... « Avez-vous des avertisseurs d'incendie? Est-ce que vous changez vos piles régulièrement? » (Entretien de contexte de pratique)

Cet outil est sans investissement clinique à priori.

Camille : Une grille [d'évaluation des risques] qui a été faite par notre établissement pour répondre à l'accréditation<sup>109</sup>. (Entretien de contexte de pratique)

---

<sup>108</sup> La grille d'évaluation du risque à domicile, telle qu'indiquée par les TS, est dans la littérature présentée comme le repérage Prisma-7 (ASSS, 2013, p. 15; 57 à 59)  
<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3561/Recension%20pratiques%20SAD%202014%2001%2007.pdf>

Nous avons pu observer que les TS vérifient par exemple la présence d'un détecteur de fumées fonctionnel, repèrent la présence d'escaliers dans le domicile valident le rangement adéquat des produits ménagers...

<sup>109</sup> Une certification de qualité donnée par une organisation évaluatrice de l'établissement de santé et de services sociaux, soit Agrément Canada.

D'ailleurs, une fois réalisée, l'évaluation du risque à domicile ne réapparaît plus dans les outils cliniques de l'intervenant. Elle est en fait remise à l'agente administrative à des fins statistiques.

Charlie : L'évaluation du risque, tu veux dire? La grille là? [Il sort un exemplaire d'un des dossiers]. C'est une grille sur deux pages. On a l'obligation de la remplir. Toutes les fois que j'ouvre un nouveau dossier, je le fais quand je fais ma note.

M : Tu en fais quoi?

Charlie : On la donne à l'agente administrative. (Entretien de contexte de pratique)

Par contre si la grille elle-même n'est pas réutilisée, les premières informations collectées sont gardées en mémoire par le TS si quelque chose leur semble inadéquat, comme une réponse de substitution systématique<sup>110</sup>, comme des éléments de sécurité en cas de feu de casserole.

### **5.3.3.3. L'obtention du consentement de la personne**

Avant d'aller plus loin dans la rencontre, le TS pose en quelques sortes les clauses du contrat qui engage la personne et l'établissement. La première donne son consentement au TS et l'autorise à transmettre des informations qui la concernent, comme elle consent aussi à collaborer à l'intervention à venir. Sans ce consentement, daté et signé, la rencontre prend fin.

Camille : Si je veux te revoir, il faut que tu aies ça de signé [formulaire de consentement] parce que ça protège l'information que tu vas donner aux autres. (Entretien de contexte de pratique)

---

<sup>110</sup> Observation avec Dominique, première évaluation à domicile avec l'OEMC de « La gymnaste ». Cette observation n'est pas retenue n'ayant pas fait l'objet d'entretiens par le TS. Madame est en perte cognitive mais dans une excellente forme physique. Quand elle ne sait que répondre, elle dit : « Je suis fatiguée » et détourne l'attention de Dominique en faisant des exercices d'étirement.

Ces premières tâches, relativement administratives, permettent incidemment de fonder le lien entre le TS et la personne. La rencontre se poursuit par la suite sur un mode plus clinique.

#### **5.3.3.4. Les échanges de coordonnées**

Ces premières bases posées, le TS signifie qu'il devient l'interlocuteur de la personne âgée dans son rapport aux services qu'elle recevra. C'est au tour du TS d'avancer des éléments tangibles pour poursuivre construction de la relation. Ainsi, il laisse sa carte d'affaires et une pochette d'information sur le CSSS.

##### 5.3.3.4.1. La carte d'affaires

Depuis le début de la première rencontre, la personne donne des informations, répond à des questions et signe un formulaire de consentement. Pour la première fois, c'est l'intervenant qui donne quelque chose.

Claude : Je laisse mon numéro pour leur dire qu'ils peuvent me rappeler s'il y a quoi que ce soit. (Entretien d'explicitation)

L'intervenant laisse sa carte d'affaires (avec nom et numéro de téléphone) à la personne.

Charlie : Je laisse toujours mon numéro de téléphone sur le frigo... (Entretien de récit de pratique)

Laisser ses coordonnées et affirmer sa disponibilité scelle le contrat entre le TS et la personne. Nous avons observé à plusieurs reprises que les TS valident à cette occasion le maintien de l'aptitude à utiliser le téléphone si la personne avait à le rejoindre. Lors d'une première visite à domicile, Dominique demande à Madame de joindre son aidante, qu'elle connaît depuis longtemps, en composant elle-même son numéro (affiché au-dessus du téléphone). Dominique constate que Madame ne parvient plus à reproduire la



succession des étapes nécessaires pour composer le numéro de téléphone (Observation Dominique).

Lors des suivis, les TS vérifient d'un coup d'œil que leur carte est toujours en place (par exemple, sur le frigo de la cuisine) et que la personne se souvient de l'endroit où elle l'a mise (Observation Charlie). La carte d'affaires est laissée à la vue de tous pour aider l'utilisateur à la contacter au besoin, mais aussi pour les autres intervenants comme pour les aidants. Les TS savent que les aides à domicile (SAD ou autre) n'ont pas accès au DPE. Si ces dernières ont des informations à leur faire remonter, elles peuvent prendre les coordonnées pour ce faire. Certaines portes du frigo sont de véritables répertoires d'informations, à la vue de tous, consignnant autant des services que des intervenants qui viennent au domicile de la personne.

#### 5.3.3.4.2. La pochette d'information

Dans le déroulement chronologique de la première rencontre finalisée à l'OEMC, avec « Le couple au petit chien hargneux », Charlie ouvre la pochette d'information. Celle-ci regroupe les brochures ou pamphlets des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale du territoire de résidence de l'utilisateur.

Les personnes elles-mêmes ou leur entourage peuvent ainsi organiser une solution transitoire en disposant des coordonnées, des services rendus, des tarifs de livraison de repas à domicile ou de l'aide au ménage assurés par les organismes communautaires partenaires du CSSS.

Entre cette première rencontre et l'effectivité des services du SAD découlant de l'OEMC, Claude indique qu'il est important de dire aux personnes qu'il y a un délai :

« Ce n'est pas parce que le SAD appelle que les services arrivent le lendemain. » (Observation Claude). C'est une façon de signifier le découplage du temps de l'évaluation de celui de la mise en œuvre des services, et de donner quelques trucs pour soutenir l'autonomie de la personne en compensant les lenteurs du système. Ceci témoigne d'un savoir très particulier, celui de l'articulation des temporalités. Le TS doit savoir énoncer cette articulation entre le temps de l'utilisateur, possiblement le temps de l'aidant et le temps des services.

Camille : Il faut que je leur explique, oui, je viens parce qu'ils ont fait une demande de bain, mais je ne ressors pas d'ici avec : « Vous allez avoir votre bain demain matin. » J'ai un formulaire d'une heure trente à compléter avec eux autres. (Entretien de contexte de pratique)

Comme la rencontre avance, le TS doit s'assurer que la personne est toujours disponible à poursuivre. Par exemple, Charlie en reste à la présentation des services avec « La dame qui commence par dire non » lors de la première rencontre. Le TS a déjà essuyé un premier refus et des infirmières ont été mises à la porte. Dans cette rencontre, le but est clairement centré sur le lien à consolider.

Charlie : ... hum [3 secondes], j'y étais allée et j'avais fait la promotion des services... tout simplement... je n'avais posé aucune question, je n'étais pas en mode évaluation. J'avais posé des questions générales à Madame, sans plus. (Entretien d'explicitation)

#### **5.3.3.5. Valider la demande avant d'ouvrir l'OEMC**

Les TS vérifient le sens et l'exactitude de la demande. C'est la même vérification qui est faite à l'entrée de la demande de service et par le coordonnateur en attendant l'attribution du dossier. Il y a donc trois moments de validation, cela servant à actualiser l'information compte tenu du caractère évolutif des situations.

Dominique : Je vais valider ma demande de service parce que des fois on appelle, des fois c'est six mois en attente, ça s'est déjà vu... Quand tu appelles, la situation est complètement différente de la demande de services. Des fois, ça débouche sur d'autres problématiques qui n'ont pas été dites à l'accueil ou au coordo. Ou avant que je sois assigné, il y a un autre professionnel qui a été assigné et qui a fait des interventions, qui a réglé certaines problématiques, tu sais, on valide : « On en est où? » (Entretien de contexte de pratique)

C'est aussi le moment où le TS peut entendre la personne dire son besoin avec ses propres mots. Jusque-là, il a lu dans le DPE, dans la demande de service, ce qui est écrit au sujet de la situation dans un vocabulaire emprunté à la taxonomie de la perte d'autonomie et qui légitime son entrée à domicile.

Camille : Pour leur donner un peu de latitude, je reprends la demande avec eux. « Moi, j'ai, sur la fiche de demande, que j'ai tel besoin, est-ce que ça a bien été interprété vos besoins, est-ce que c'est toujours ça? » Qu'est-ce qui fait vous avez dit : « Je veux qu'ils viennent les gens, j'accepte qu'ils viennent me rencontrer à domicile »? (Entretien de contexte de pratique)

Comment la personne exprime-t-elle ses besoins à partir de son quotidien? Qu'est-ce qui est de son point de vue préjudiciable à son autonomie et donc accède au statut de besoin? Comment l'objectif (les indicateurs au dossier) et le subjectif se nouent-ils dans la situation clinique?

Charlie : J'ai fait une évaluation, ça me donne tel profil, et puis ce profil-là me dit que vous êtes plus capable de rester à la maison... Moi, j'ai à cœur le client que je rencontre, c'est sûr que je vais y aller avec son souhait premier, peu importe son évaluation. Mais, si je vois des choses, je vais l'accompagner pour qu'il les voie. Je ne vais pas les lui mettre en pleine face. Mais c'est ma manière d'intervenir [...] mais ce n'est pas tout le monde qui fait comme ça. (Entretien de récit de pratique)

C'est aussi, de façon pragmatique, valider que ce besoin relève des missions et fonctions du TS au SAD. Comment le besoin exprimé rejoint-il les catégories logiques de la perte d'autonomie? Ainsi, Camille évalue, s'il faut faire une évaluation, à savoir si la situation évaluée à des probabilités d'aboutir à des services pour la personne. Il y a donc un savoir

repérer les besoins d'une évaluation, qui est lui-même sous-tendu d'un savoir identifier le besoin de traduction d'une demande subjective en demande formelle en phase avec les catégories administrativoclinique du système de la santé et des services sociaux.

Lorsque les besoins sont évalués comme relevant des compétences des TS en SAD, l'OEMC vient officialiser la demande exprimée. Nous y voyons au pire un glissement du domaine clinique au technico-administratif, qui contredit la prétention des concepteurs de l'OEMC, au mieux une interinfluence de l'un sur l'autre. Mais, quoiqu'il en soit du jugement qu'on porte sur ce glissement, cela implique que l'évaluateur doit savoir distinguer et articuler la demande et le possible mais aussi l'offre réelle de services et l'offre potentielle telle que l'ouvre l'utilisation de l'OEMC. Cette compétence à pré-évaluer a un effet pragmatique de gestion du temps de travail et des priorités.

Camille : Pour que je me rende compte, est-ce que c'est réaliste? Est-ce que je m'engage à faire une évaluation? Et en bout de ligne dire : « Non, on n'offre pas ça! » Et j'aurai perdu une heure trente! Donc, je valide vraiment la demande, avant l'OEMC. (Entretien de contexte de pratique)

Finalement, en validant la demande de cette façon, les TS laissent de la place aux personnes et à leur situation dans le processus d'évaluation.

#### **5.3.3.6. L'OEMC**

Pour produire un OEMC, les TS s'accordent à dire qu'il faut compter environ une heure trente en présence de la personne, estimation approximative qui est confirmée par les observations.

Camille : C'est pour ça que je trouve important de mentionner le laps de temps qui s'écoule à partir de la page zéro à 18 de l'OEMC, pour que le client soit bien

conscient qu'à partir du moment où le client me dit : « Oui, je préfère qu'on le fasse aujourd'hui, tu es sur place », bien là, on vient de rajouter une heure trente de plus à notre rencontre. (Entretien de contexte de pratique).

Les TS ont intégré au fil de leur expérience les différentes composantes de l'outil pour parvenir à compléter un OEMC en une heure trente. Afin de conserver la description de la procédure d'évaluation, nous faisons le choix rédactionnel de traiter plus loin la part de l'OEMC dans la pratique des TS (section 5.4).

#### **5.3.4. Les Suites de la première rencontre**

Dans cette suite, nous n'intégrons pas la solution informatique RSIPA (version informatique entre autres de l'OEMC) et PSIAS<sup>111</sup>. Comme il a été proposé plus haut, au moment de la collecte, selon le critère de l'expérience (Tourmen, 2008) que nous avons posé pour le recrutement (cinq ans et plus de pratique), les TS sont relativement novices dans l'usage de ces logiciels nouvellement implantés. Il serait alors complexe de différencier ce qui dépend de la maîtrise du logiciel ou de l'activité clinique d'évaluation. Par contre, nous pouvons signaler qu'au SAD, des ordinateurs portables peuvent être utilisés à domicile pour les évaluations, permettant d'inscrire les données collectées directement dans le logiciel. Aucun des six participants, y compris ceux qui se disent eux-mêmes technophiles n'est allé en rencontre collecter les informations de l'évaluation avec le support informatique. Nous n'avons donc pas saisi ces moments de transcription de l'OEMC papier vers les supports informatiques, situations d'ailleurs

---

<sup>111</sup> « Le MSSS effectue des améliorations aux outils cliniques et administratifs ainsi qu'aux systèmes d'information existants. Une première étape a été franchie en avril 2014 avec le déploiement du plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) » [Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015. ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, p. 7]

[http://www.agencess04.qc.ca/images/images/documents/CA/Documents/CAA\\_92\\_2014-11-12\\_documents.pdf](http://www.agencess04.qc.ca/images/images/documents/CA/Documents/CAA_92_2014-11-12_documents.pdf)

relativement rares dans les temps d'observation et qui pourraient à elles seules constituer une recherche.

*a) La note évolutive*

Suite à chaque intervention significative, les TS rédigent une note synthétique qui indique l'essentiel de l'intervention, précisant l'objet (suivi à domicile, évaluation, appel téléphonique, etc.), la présence de l'aidant, etc., comme nous l'avons vu avec la codification des activités avec Dominique. Les notes évolutives rédigées dépassent rarement une page, les TS utilisant le formulaire disponible sur leur poste informatique. La première note évolutive rédigée suite à la demande d'évaluation versée au DPE de l'utilisateur répond à une contrainte technico-administrative (rendre compte d'une activité) mais aussi d'une activité clinique permettant de constituer une mémoire du mouvement évaluatif :

M : [La note] C'est en quelque sorte un accusé de réception de la demande?

Élie : Ma note, c'est pour dire que j'ai pris connaissance...pour ne pas inscrire juste « prise de connaissance du dossier. Point. » (Entretien de récit de pratique)

Les notes sont à la croisée des exigences du MSSS via le SAD et de l'OTSTCFQ, comme une obligation pour rejoindre les attentes de qualité et de productivité qui régissent leur domaine d'intervention. Elles nourrissent les statistiques des activités des intervenants du SAD au sein du CSSS pour quantifier la performance et l'atteinte des cibles :

Dominique : Si on regarde la moyenne des statistiques des intervenants, on est, si je ne me trompe pas, à 1,7 intervention significative par jour par intervenant. C'est sûr que la cible au Québec, c'est 3 ou quelque chose comme ça... (Entretien de contexte de pratique).

Leur rédaction est partiellement normalisée (date, numéro de dossier, numéro d'assurance sociale de la personne, code de l'activité, nom du TS, opinion

professionnelle). La formation continue proposée par l'OTSTCFQ contribue à cette harmonisation :

M : Vous avez tous la même façon de rédiger les notes ?

Charlie : Je ne sais pas. [...] J'ai eu deux formations pour faire des notes...en bout de ligne, j'en dis que c'est le meilleur fonctionnement. [...] elles sont très synthétisées, mes notes.

M : Et les formations, elles allaient dans ce sens?

Charlie : Oui, beaucoup. Il y a un aspect négatif, c'est que je ne mets pas beaucoup mon opinion professionnelle dans mes notes. (Entretien de contexte de pratique)

On le voit, l'effort d'harmonisation est présent, il entrave partiellement la singularisation du jugement, mais pas complètement, les uns et les autres conservant un certain style dans un genre structuré par l'institution. Les notes contiennent néanmoins des informations cliniques ainsi que l'opinion professionnelle du TS :

Charlie : C'est rare que je détaille, à moins que ce soit pertinent. Par exemple, la dame qu'on est allé voir [...] quand j'ai fait sa note ce matin, j'ai noté : « Ce serait bien que Madame aille consulter au service ambulatoire de gériatrie pour évaluer adéquatement ses fonctions cognitives. » Là, c'était utile que je le marque [l'opinion professionnelle]. Je constate qu'il y a quelque chose (Entretien de contexte de pratique)

Elles servent avant tout à garder en mémoire les éléments marquants de chaque rencontre ou interaction (téléphonique par exemple). Ainsi, lors des entretiens de récits de pratique, les TS arrivent avec le dossier papier qu'ils ont choisi de présenter ou avec le cartable dans lesquels ils classent les dossiers actifs de leur *caseload* (charge de cas) pour en choisir un. Ils se réfèrent alors à l'ordre chronologique de leurs notes évolutives (dossier papier) pour retrouver les étapes et l'évolution de la situation choisie. Le constat de Charlie pourrait être relativement partagé par ses collègues. La lecture des notes que

les TS font pour les besoins du récit de pratique informe sur des faits mais rend assez peu compte d'une opinion professionnelle<sup>112</sup>.

Plusieurs arguments peuvent être avancés permettant de saisir le sens de ce souci de relater des faits de la situation, au détriment parfois des standards professionnels. Il apparaît judicieux, dans les notes évolutives et les autres outils cliniques, de décrire, de donner des détails significatifs pour le TS plutôt que les conclusions auxquelles il pourrait parvenir à partir de ces détails :

Camille : J'illustre ce que moi, j'observe... à la limite, c'est peut-être un peu basique comme façon de faire, mais, comme je dis souvent : « Un chat, c'est un chat! ». [...] Aux mécanismes d'accès [...] parfois [ils] me signalent que, entre ce que j'ai coché et ce que je signale, ce n'est pas ce qu'ils auraient coché. [...] ce qui est important, ce n'est pas ce qui est coché, mais ce qui est important, c'est de comprendre que j'ai coché ça à cause de mon commentaire...S'ils ont envie de changer la coche, ça ne me dérange pas...mais mes commentaires, c'est ce qui justifie la cote. (Entretien de récit de pratique)

On peut discuter carte sur table à partir de faits qui illustrent le besoin de la personne, alors que l'interprétation des faits est toujours plus discutable, comme le suggère Camille. Les notes évolutives permettent aussi de constituer son dossier quand les usagers ou leur entourage deviennent récalcitrants et menaçants :

M : Sachant qu'ils [les aidants épuisés qui menacent] faisaient beaucoup de plaintes, tu as fait des notes très précises dans le dossier

Claude : Oui! Telle heure, il s'est passé ça, telle heure, ça... parce que, tu sais, d'habitude, la demande de services fait comme foi de ...

M : De note évolutive?

Claude : Mais, quand c'est des cas plus *touchy*...

Camille : Ben, oui!! Tu fais bien... C'est fréquent des demandes comme ça qui avortent?

---

<sup>112</sup> Pour le récit de pratique, les TS lisent leur dossier papier, dossier auquel nous n'avons pas accès.



Claude : Non, c'est ça, c'est rare même, et puis c'est rare aussi que ça crie de même au téléphone ... Toi, quand ça crie, je ne sais pas si tu te sens agressée, ce que tu fais avec ... mais... (Rire) *Check* lui la face!!!

Camille : Ça m'est justement arrivé cette semaine!

M : En face à face?

Camille : Non, au téléphone, et la personne qui était agressive, c'est la fille avocate !!

Claude : Ah! Cibolle !!

Camille : Parce qu'elle aussi avait porté plainte contre une autre intervenante avant moi ... et elle usait de : « Je connais les lois, alors vous ne m'apprendrez pas comment fonctionner », mais moi : « Je n'ai pas à vous répondre, ce n'est pas vous, ma cliente, c'est votre père, mon client! » Et elle reprend : « Mon père m'a donné l'autorisation! », « Oui, mais moi, je ne l'ai pas eue et je n'ai pas pu constater cette autorisation-là! »... *Hey boy!* Ça a joué *rough!*... (Entretien croisé)

En cas de menace ou de dépôt de plainte auprès de l'établissement, voire de l'OTSTCFQ, noter et dater les faits et paroles sert alors à démontrer que l'intervention est conforme aux attentes du service et de la profession (Observation Claude; Entretien croisé Camille et Claude). L'évaluation sert donc à autre chose qu'à évaluer : elle fait preuve, protège, catégorise, trace une mémoire, etc.

Claude : C'est toujours important de faire des notes sur ce qui s'est passé, c'est encore plus important quand on a des dossiers... litigieux, si on veut... Donc, j'écris tout ce qui se passe. Toutes mes démarches sont écrites. (Entretien de récit de pratique)

Les notes évolutives ont donc une triple fonction : tenir les statistiques à des fins administratives, tenir la mémoire des événements cliniques, et retenir des faits comme preuve du respect des procédures professionnelles et institutionnelles.

### ***b) L'organisation temporelle du suivi évaluatif***

Après la première rencontre, le suivi du dossier s'inscrit dans la durée et les TS gèrent ce temps de trois façons différentes.

Dominique (Observation) consulte régulièrement sa charge de cas sur le serveur informatique, où les réévaluations qui arrivent à échéance sont signalées par le changement de couleur du dossier. Sur le babillard de ce TS, une photocopie des dates des remises des notes semble confirmer que le TS gère ses dossiers selon les balises temporelles du service.

Charlie note dans son agenda papier les suivis à faire d'une révision du plan d'intervention à l'autre. Au début de chaque mois, la liste manuscrite récapitule les OEMC à réviser; elle est brochée à l'agenda. La gestion des activités vise à répartir les gros dossiers, par exemple laisser du temps après la rencontre de secteur puisque de nouveaux dossiers vont lui être attribués. Donc, s'il y a une révision d'OEMC à faire, il sera planifié avant ladite rencontre. La gestion des dossiers suit la logique de la charge de cas.

Enfin, Camille insère au début de chaque dossier papier une fiche manuscrite récapitulative des échéances (suivis, réévaluations, etc.). Ces dates sont transcrites dans l'agenda papier du TS avec le nom de la personne et l'activité (suivi, réévaluation, etc.). La gestion des dossiers est celle de la situation clinique de l'utilisateur, cadencée par les suivis planifiables.

### *c) Le suivi*

De la première évaluation avec l'OEMC à la réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne (réglementairement un an plus tard), les suivis effectués par le TS maintiennent le processus d'évaluation. Ces rencontres sont moins formelles, ce qui veut dire qu'elles ne mobilisent pas matériellement l'OEMC. Par contre, ces suivis alimentent

les notes évolutives entre les deux temps formels de l'évaluation et par là même permettent le mouvement itératif de l'évaluation :

Camille : Je me fais un devoir de rencontrer chacun de mes clients aux trois mois. Pas par téléphone, les rencontrer à domicile. Je suis en mesure de constater des choses, d'observer des choses qu'au téléphone je ne peux pas m'apercevoir. Le client, au téléphone, peut me dire : « Tout va très bien », alors que je me présente à domicile, une dame qui est excessivement propre et minutieuse...trois mois plus tard, j'arrive à la maison...tout est à la traîne...*Oupelaiï* ! Il y a un indice de quelque chose là! (Entretien de contexte de pratique)

Cette modalité évaluative en suivi se fait « légère » (Observation Élie; Entretien de récit de pratique Élie), c'est-à-dire avec une feuille libre, sur laquelle sont notés quelques mots clefs, parfois en abréviation. Dans d'autres situations (Observations Dominique et Camille), le bloc-notes reste ouvert sur la table de la cuisine, espace privilégié lors des visites à domicile observées avec les différentes TS. Au final, en présence de la personne, très peu d'éléments sont notés en dehors des informations demandées par la personne, comme le retard du versement de l'allocation ou tout évènement utile au dossier (par exemple, le prochain rendez-vous en évaluation au Service ambulatoire gériatrique (SAG) (Observation Charlie).

Mais, avec « La dame qui commence par dire non », Charlie sait qu'il ne doit pas ouvrir de document, de questionnaire, au risque de prendre la porte. La stratégie consiste alors à alterner les types de questions. Charlie commence par des questions valorisantes pour la personne (ce qui va bien), suivies d'une question dont le TS sait que la réception va être violente pour elle, et ainsi de suite. L'agenda sera ouvert au besoin pour suivre la personne (une visite médicale, la planification d'une semaine de répit pour l'aidant qu'il faudra coordonner avec un séjour en résidence pour la personne, etc.), pour ne pas paraître inutilement intrusif. Avec ou sans prise de notes, le TS repasse mentalement les

grandes catégories de la perte d'autonomie. Tout cela se déroule à domicile et, de suivi en suivi, le TS est attentif, sans véritable conscience de son activité, à la stabilité de la situation, aux aménagements progressifs faits par la personne pour faciliter ses déplacements, à la perte de mémoire de certains faits. Parfois, ce peut être aussi des gains, par la situation médicale qui est stabilisée, un événement heureux (etc.).

Avec Camille, le suivi chez « Le frère, la sœur et les deux chiens<sup>113</sup> » (Observation) nous laisse sur le pas de porte. Les cartons sur le sol de la cuisine tentent de masquer les trous dans le plancher attaqué par l'urine et les excréments des occupants. Impossible d'approcher de la table, qui de toute façon croule sous un empilement de papiers méticuleusement rangés par catégories (courriers officiels, publicités, bons de réduction, etc.). Quant aux chaises, elles sont occupées par des étagères de linge. Il n'y a pas de place pour la prise de notes.

Le suivi est un temps informel qui contribue à collecter des informations entre les deux phases formelles que sont l'évaluation et la réévaluation. Il contribue à l'actualisation des notes évolutives sur le plan administratif et sur le plan clinique, ce qui permet de suivre certaines prémices d'une plus grande perte d'autonomie (la personne a plus de mal à se lever de sa chaise; alors qu'elle était soignée de sa personne, elle commence à se négliger, etc.)

#### *d) La réévaluation*

La réévaluation concerne l'autonomie fonctionnelle et le plan d'intervention qui en découle.

---

<sup>113</sup> Selon les critères municipaux, l'hygiène du domicile frôle l'insalubrité et les intervenants à domicile n'en peuvent plus de ces conditions de travail.

Camille : Réévaluation à tous les six mois du plan d'intervention, le plan d'intervention, c'est de six mois à douze mois. Douze mois, quand tu es âgé, c'est une vie! C'est une vie! Alors moi, j'aime bien les faire aux six mois. Ça me permet d'avoir un portrait exact de la situation et de réaligner mes flutes et mes orientations de services, sans dire : « Ah! Je n'avais pas vu venir ça! Si j'avais vu venir, j'aurais pu augmenter les services et on n'en serait pas là. » (Entretien de contexte de pratique)

Deux orientations peuvent découler de la réévaluation : le maintien du suivi avec ou sans modification des services et le placement en résidence, voire en CHSLD. Le passage en régime de protection de la personne ou l'homologation du mandat en cas d'inaptitude peut s'imbriquer dans ces deux orientations.

Tout évènement modifiant la mobilité, la cognition et les conditions de vie de la personne ou de son entourage augmente l'intensité des services. Il est plus rare, quoique possible, d'aller vers une offre de services moindre du fait de la situation clinique de la personne, sauf en raison du resserrement des normes d'attribution au sein du CSSS (Observations Charlie et Camille). Pour certaines situations, il s'agit de réajuster l'offre de services à la nouvelle configuration de l'autonomie, un suivi que nous pourrions dire ordinaire.

À l'issue de l'évaluation (ou d'une réévaluation de l'autonomie fonctionnelle ou de tout suivi planifié à l'agenda ou exigé par un évènement dans la situation), les TS en arrivent à envisager un changement de milieu, vers une résidence avec services ou en dernier ressort en CHSLD. Le processus d'évaluation mène à cette proposition car la personne est en danger (Observation Dominique, « Même les crapules vieillissent ») parce que le niveau de perte d'autonomie fonctionnelle n'est plus adéquat dans le milieu de vie actuel de la personne, comme nous l'avons présenté dans les rencontres interprofessionnelles (Observation Élie). Ce peut être aussi le maintien en résidence avec services pour un des

deux conjoints alors que l'autre entre en CHSLD. Ainsi, Charlie constate que, même avec services, l'état de santé de madame ne lui permet plus d'assurer l'aide quotidienne que nécessite la perte d'autonomie de son conjoint (Observation Charlie, « La dame qui lisait *Le Deuxième Sexe* »).

Dans ces deux orientations, il est parfois nécessaire de poursuivre l'évaluation vers des régimes de protection. Dans le processus de perte d'autonomie, les pertes cognitives deviennent significatives au point d'enclencher la procédure d'invalidation de l'aptitude de la personne à décider et gérer ses biens comme sa propre vie. Les différents régimes de tutelle et de curatelle comme l'homologation du mandat délimitent les frontières du droit et du social. Nous plaçons ces évaluations, actes réservés aux TS, dans le continuum de l'activité de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Ce sont des événements majeurs qui changent radicalement le régime d'action. Ils cumulent une série de micro-évaluations et réorientent l'action lorsque le point de bascule est atteint. Ils forment donc une évaluation dans l'évaluation, à la fois conséquences et déterminant des évaluations à venir.

Dominique a planifié la réévaluation de « La mère du pêcheur en haute mer » (Observation Dominique). Rapidement, il apparaît que Madame ne se repère plus dans le temps. Pour en avoir confirmation, Dominique lui rappelle son prénom, l'informant qu'il allait le lui redemander. Deux phrases plus tard, madame ne s'en souvient pas.

Sur le trajet de retour, Dominique formule les questions qu'il se pose. Doit-il attendre le retour prochain du fils pour l'informer? Doit-il contacter la belle fille de madame qui

relaie son conjoint entre deux campagnes de pêche? Sa seule certitude est qu'il faut rapidement enclencher l'homologation de mandat en cas d'incapacité.

C'est alors une autre procédure qui découle du processus d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne :

Camille : L'ouverture des régimes de protection, les mandats en cas d'incapacité...c'est très long de faire ça, et on a de nouveaux formulaires qui sont, je pense, de 14 pages... qui sont très laborieux. C'est des discussions avec la famille, c'est des discussions avec le notaire, c'est envoyer les documents au médecin, c'est courir après le médecin parce qu'il ne renvoie pas le document rapidement et puis qu'il faut pousser sur la machine et rappeler la secrétaire parce qu'on attend le document qui n'en finit plus de finir. S'il n'y a pas d'homologation de mandat, il faut aller en ouverture de protection, soit par le biais d'une tutelle ou d'une curatelle. [...] C'est excessivement long! Un dossier de curatelle ou d'homologation de mandat, c'est facilement cinq heures! Facilement. (Entretien de contexte de pratique)

Dominique souligne que lorsque l'incapacité est prononcée, elle a la portée d'un jugement : « C'est alors une étiquette définitive et irréversible qui est donnée à la personne » (Observation Dominique). Les régimes de protections sont le plus souvent envisagés dans les situations de maltraitance financière. La personne âgée reste apte tout en requérant un besoin de protection ou de l'aide dans la gestion de ses biens (Entretien croisé Camille et Claude).

Dans nombre de situations, un des enfants ou un des proches a une procuration sur le(s) compte(s) de la personne, ce qui facilite la gestion des dépenses courantes, comme retirer de l'argent, payer ce qu'il y a à payer, suivre les comptes sur Internet (récit de pratique et entretien d'explicitation Dominique, « La touriste Mexicaine », Charlie « La dame qui commence par dire non »). Dans tous les cas, le TS estime la fiabilité de ce « ministre des finances » et tout doute peut accélérer les procédures. (Récit de pratique

Dominique, Entretien d'explicitation Dominique). C'est donc non seulement la condition clinique (par exemple, la capacité cognitive) qui est évaluée, mais bien l'ensemble d'une situation.

Le schéma ci-dessous synthétise les différentes étapes que nous venons de voir.

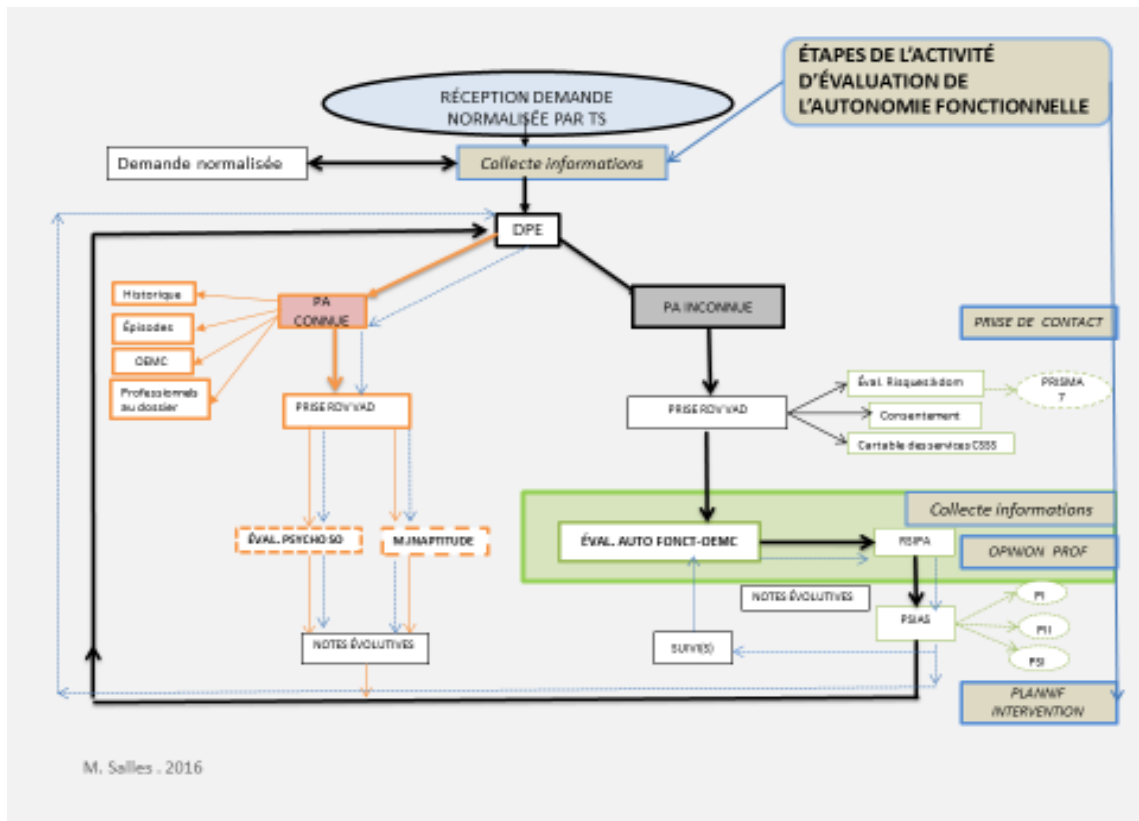


Figure 8 : Les deux cheminements du dossier lorsqu'il entre dans la charge du TS

Cette section a répondu à l'objectif 1, à savoir : « Décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en contexte d'intervention gérontologique », exposant le contexte organisationnel, technique et pratique dans la mise en œuvre des activités d'évaluation.

Ces étapes nous ont permis de saisir deux cheminements de la demande : de son entrée à l'attribution puis l'ouverture par le praticien du SAD. L'itinéraire suivi dépend de la connaissance antérieure de la personne âgée en amont de la demande de service la



preuve étant l'accès à son dossier électronique (DPE). Nous avons identifié que tout passage par l'hôpital accélère le traitement de la demande et l'entrée du TS au dossier. Avant d'en arriver à l'OEMC, plusieurs actions sont attendues, comme l'évaluation du risque, la signature du formulaire de consentement, la présentation des services. Elles marquent de façon linéaire le processus d'évaluation qui, pour sa part, est itératif et continu. Dans ces étapes préliminaires, le TS est déjà dans un processus d'évaluation. Nous avons repéré une succession d'étapes :

- Prendre contact (avec la personne, possiblement son entourage);
- Collecter des informations :
  - À partir de documents (DPE, note de demande normalisée);
  - À partir du domicile de la personne;
  - Auprès de la personne, de son entourage;
  - Avec l'OEMC;
- Formuler une opinion professionnelle;
- Planifier l'intervention.

Mais nous avons identifié plus en lien avec le processus d'évaluation dans cette description linéaire de l'évaluation que les TS :

- Par leurs connaissances du territoire : ils anticipent la situation sociale à partir de la seule adresse, ils trouvent l'interlocuteur pour obtenir l'information pertinente;
- Par leurs connaissances du SAD : ils notent plus les faits que les conclusions pour soutenir les orientations qu'ils donnent au dossier; ils ajustent leur rédaction des notes s'ils se sentent menacés par les entourages revendicateurs; ils jouent avec les

normes administratives pour maintenir un service et rester proactif au dossier; ils naviguent entre les priorités administratives et cliniques; ils se couvrent administrativement et déontologiquement;

- Par leurs connaissances des personnes en demande de service : ils laissent la personne formuler sa demande; ils ajustent leur niveau de langage pour se faire comprendre de la personne; ils valident la demande, la disponibilité de la personne pour la première évaluation; ils captent de indices de perte (sur le plan cognitif (attention portée à soi), sur le plan physique (mobilité), etc.);ils ajustent le suivi aux fluctuations de la perte d'autonomie; ils abordent les points de résistance de la personne de façon pragmatique pour ne pas rompre le dialogue et continuer à évaluer.
- Par leur connaissance des outils dont ils disposent (DPE), ils sélectionnent les informations qu'ils jugent pertinentes avant et après chaque rencontre.
- Par leur connaissance de l'OEMC, ils traduisent des items proposés par l'outil en observables selon la situation qui est devant eux.

Ce dernier point nous mène à traiter spécifiquement de l'outil OEMC dans la pratique des TS.

#### **5.4. Le rapport à l'outil d'évaluation multiclientèle dans la pratique**

La description précédente indique comment le moment de l'évaluation formelle s'insère dans un processus plus large d'évaluation. Nous avons choisi d'indiquer le moment de l'usage formel de l'OEMC lors de la première visite mais souhaitons l'extraire de la procédure afin d'examiner son statut dans la pratique des TS. Il importe de voir

comment l'OEMC est entré dans la pratique des TS, le rôle qu'ils lui accordent dans l'activité, avant de voir l'usage concret qu'ils en font.

#### **5.4.1. Le niveau d'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle OEMC**

Au-delà de la formation à l'outil, pour répondre aux standards du MSSS, le CSSS impose la production de l'OEMC à la première visite et sa réévaluation annuelle. Au sein du SAD, aucune référence pour un service ne peut être faite sans avoir complété l'OEMC et le RSIPA, sauf situation de danger imminent. Le projet de création d'une assurance autonomie (MSSS, 2013) a imposé un usage plus systématique de l'OEMC<sup>114</sup>, ce qui a favorisé l'émergence d'une culture de l'évaluation :

Afin de bien connaître les besoins, toutes les personnes inscrites au Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées du Service de soutien à domicile ont été évaluées à partir de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC). Cette opération d'envergure, tenue de septembre à décembre 2013, a permis d'évaluer près de 1 500 usagers et de dresser les profils de besoins de la clientèle. La démarche se poursuit maintenant par l'évaluation des personnes nouvellement inscrites et par la mise à jour annuelle des évaluations. (CSSSTR, 2014, p. 43)

Suite à cette mise à jour des OEMC fin 2013, d'autres outils sont déployés au cours de l'automne 2014 comme le RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) ou le PSIAS (plan de services individualisés et d'allocation de services). Ces outils, qui entrent dans les CSSS, sont tendus vers l'intégration des services. Ils promeuvent et requièrent une pratique systématique de l'évaluation des besoins. C'est dans ce contexte que nous avons pu intégrer un groupe de formation aux outils cliniques destinés aux professionnels du SAD en décembre 2014.

---

<sup>114</sup> Il importait au MSSS que l'utilisation de l'OEMC soit rendue systématique afin de consolider la visée intégrative de 2004. Le parachèvement de cette réforme, de son point de vue, passait par la création d'une caisse d'assurance autonomie dont l'accès aurait été conditionné par le score Iso-SMAF. Suite aux élections provinciales d'avril 2014, le changement politique survenu a mis fin au projet d'assurance autonomie, qui se voit remplacé par une importante réforme structurelle créant les CISSS-CIUSSS.

Les responsables du SAD effectuent un suivi de l'usage de l'OEMC en évaluant un dossier tiré au hasard de la charge de cas des TS pour valider la procédure, les orientations et l'intensité de suivi dans le dossier. La formulation de l'opinion professionnelle est supervisée. Il peut être alors conseillé au TS de renforcer cette partie de son évaluation.

#### 5.4.2. L'Intégration de l'outil d'évaluation multiclientèle à la pratique

Nous l'avons vu en première partie, l'OEMC est institutionnalisé au début des années 2000 et force est de constater qu'il n'est pas instantanément adopté par les milieux de pratique :

M : Et l'OEMC, quand il a déboulé dans la pratique, ça a donné quoi?<sup>115</sup>

Camille : Aïe! Un raz-de-marée! Un raz-de-marée parce qu'on n'était pas habitué, d'abord à un outil aussi lourd, au départ, on voyait ça comme quelque chose de très, très lourd avec autant de nécessité d'analyser la situation. Comme on avait zéro balise, on se retrouve d'hier à aujourd'hui avec un outil qui [Silence, 3 secondes], ma foi, est très complet, il faut l'avouer [...], qui aurait dit que j'aurais dit ça un jour! On était en pâmoison, on voulait mourir. « Vous ne savez pas ce que vous nous demandez! Une heure trente d'évaluation avec le client! Ça n'a pas de sens! » (Entretien de contexte de pratique)

La demande faite à l'automne 2013 par le MSSS de procéder à la réévaluation de toute la clientèle en SAD impose son usage et facilite l'intériorisation de la pratique à l'échelle de l'intervenant mais aussi à l'échelle de l'établissement. En fait, l'OEMC entre dans les pratiques des TS parce qu'il a été imposé et que l'exposition obligatoire

---

<sup>115</sup> Nous situons cet extrait, la question précédente était :

M : Tu as 20 ans en SAD, comment as-tu vu évoluer l'objet évaluation?

Camille : Ah! Mon Dieu! On était à peu près autodidacte, il y a 20 ans, on arrivait avec aucun outil d'évaluation, avec aucun plan d'intervention! Ça n'existait pas à l'époque! [...] On avait une bonne centaine de dossiers pour chaque intervenant. Alors, tout ce qui est dossier RSIPA, tout ce qui est évaluation de l'autonomie, tout ce qui est document à faire signer, l'évaluation des risques...le consentement ...il y avait zéro consentement à faire signer... On est bien loin de ce qu'on connaît actuellement. (Entretien de contexte de pratique)

permet d'expérimenter sa valeur. Ce n'est donc pas la reconnaissance d'une « bonne pratique » qui contamine le milieu (reconnu scientifiquement, comme nous l'avons vu en première partie), mais bien une injonction ministérielle, à court terme (environ trois mois) qui consolide un déploiement inconsistant de l'outil. L'extrait suivant témoigne d'un usage incertain de l'OEMC avant son imposition :

M : L'OEMC, ça fait cinq ans que tu es là, tu l'utilises systématiquement?

Charlie : On n'a pas le choix! [ ] Quand j'ai commencé, on avait l'obligation de l'utiliser, mais on ne le prenait pas... On prenait plus de temps de bien connaître les gens. Tandis que maintenant, on le met plus en application, lors de la première rencontre.

M : Pourquoi?

Charlie : Parce qu'il faut qu'il soit fait! On a beaucoup de pression là-dessus!

M : Mais c'est quoi la pression? Parce qu'avant, l'OEMC était obligatoire aussi, mais il semblait moins obligatoire?

Charlie : Oui... mais tu n'avais pas la pression... (Entretien de contexte de pratique)

Malgré son caractère forcé, la perception de l'outil est positive, du fait de sa robustesse et de sa multidimensionnalité, entre autres. Certains TS comme Charlie s'y convertissent alors que d'autres, adeptes de la première heure, regrettent la lourdeur du support informatique et son manque de convivialité, sans pour autant faire l'amalgame entre l'outil lui-même et ses applications.

Élie : L'OEMC, j'y croyais... [Rires], j'y crois! ...

M : Pourquoi « j'y croyais »?

Élie : J'ai beaucoup travaillé avec ça [OEMC version papier], je le trouve un peu lourd... Je suis déçu de voir qu'au niveau informatique, on n'arrive pas à alléger la manipulation de cet outil-là...

M : Alors que toi, tu es très à l'aise avec l'informatique!

Élie : Je suis né avec un ordinateur. Un nouveau logiciel, il est là, on l'attrape et puis c'est tout! C'est ça ... mais tout l'espace de cocher, d'ouvrir un tableau..! Des fois, pourrait-on juste écrire notre commentaire?... Parce que là, « Qui est l'aidant » ... Défiler le menu! Puis descendre la page! On s'enfarge un petit peu

les pieds dans les fleurs du tapis quand on est dans ce logiciel-là. Si je le constate... bon, je ne dois pas être le seul! (Entretien de contexte de pratique)<sup>116</sup>

Les aménagements du SMAF social<sup>117</sup>, qui venaient juste d'entrer dans le CSSS au moment de la collecte de données, apportent une plus-value à l'OEMC et à la pratique de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle en l'arrimant aux fonctions évaluatives réservées aux TS. Le discours d'Élie est très clair : c'est par le SMAF social que l'OEMC va pouvoir enfin être considéré comme faisant partie de la pratique des TS.

Élie : Le SMAF social qui s'en vient, je trouve quand même ça intéressant, je suis content de cet ajout-là. Ça me donne espoir qu'en ajoutant le SMAF social, l'Ordre ne POURRA PAS DIRE [Affirme et détache ses mots] que l'OEMC ne regarde pas le social ! Parce que maintenant, l'OEMC regarde le social. [...] Ça fait neuf ans que je suis là-dedans et ENFIN! [Affirme et détache ses mots] On entend dire qu'il y a des discussions [allusion à des discussions entre l'OTSTCFQ et le MSSS] ...C'est quand même encourageant ! Ça donne un peu l'espoir qu'on puisse arriver à quelque chose de plus commun. Puis c'est le côté où je me sens plus confortable généralement. (Entretien de contexte de pratique)

#### 5.4.3. Le rôle de l'outil d'évaluation multiclientèle dans l'Activité

Au temps de la collecte d'informations pour effectuer l'évaluation, les participants utilisent le formulaire papier. L'OEMC est introduit auprès de la personne comme un questionnaire dont la finalité est précisée : « Pour pouvoir vous donner des services, je dois vous poser quelques questions » (Entretien de contexte de pratique Camille; Observations Charlie et Élie).

---

<sup>116</sup> Élie poursuit dans son entretien les mêmes critiques avec les nouveaux logiciels, ce qui témoigne de son appropriation rapide des derniers logiciels dans son service :

« Le PSIAS également, la présentation est belle, ça vient rechercher ce que grosso modo un plan d'intervention devrait avoir, à mon avis... mais par contre, là, est-ce vraiment nécessaire de venir indiquer qu'on a fait un reflet au client? Est-ce vraiment nécessaire de noter au plan d'intervention, quelle est la clinique médicale où on a référé notre client? Et l'adresse! Aller rechercher ça comme information dans une botte de foin! Parce qu'ils ont pris la peine, c'est décourageant de se dire, qu'ils ont pris la peine de tout répertorier ça ... toutes les ressources! »

<sup>117</sup> Le SMAF social reprend la logique des autres composantes du SMAF, mais il n'est pas pour l'instant incorporé aux profils Iso-SMAF. Il impacte donc le jugement clinique sans altérer le score d'autonomie fonctionnelle.

La collecte d'informations débute usuellement dans l'ordre proposé par le formulaire. Certaines questions sont reprises telles qu'elles apparaissent dans le document, notamment les sections sur l'état de santé de la personne, souvent déclencheurs de la demande de service. La personne ou l'entourage sont donc peu surpris d'avoir à y répondre. Ces questions ne sont pas délicates à poser, sauf quand la perte d'autonomie se double par exemple d'un diagnostic en oncologie limitant l'espérance de vie à court terme :

Élie : Puis, bon, c'est aussi quelquefois délicat... la personne ne voit pas totalement sa situation comme c'est décrit. Par exemple, « trois mois de pronostic », et : « Là, je souhaiterais, si je peux vivre un an ou deux. » Et, donc là : « Qu'est-ce que les médecins vous ont dit? »... On tombe dans autre chose, c'est un peu plus social. Et c'est correct aussi... je pense qu'à certaines rencontres où l'aspect social pur peut prédominer... je veux dire, on peut toujours *focusser* sur la sécurité... (Entretien de contexte de pratique)

Le TS est alors confronté à l'expression du désir de la personne, de son projet de vie dans un temps qui est désormais compté et qui n'a pas les mêmes significations pour le TS et pour la personne.

Quand la demande de services est en lien avec des pertes cognitives, la lecture de la médication (l'OEMC comprend une section sur les traitements en cours) vient donner un autre sens à l'information sur la situation clinique (Observation Sacha; Entretien de récit de pratique Sacha; Entretien d'explicitation Sacha).

Les TS ont construit un savoir empirique sur les familles de médicaments, en tant qu'indices de la catégorie logique « perte d'autonomie fonctionnelle » : « Quand tu vois les médicaments pris, tu sais que x, c'est pour telle pathologie » (Observation Charlie). Par exemple, Sacha identifie que le cocktail de médicaments et les doses administrées à

madame expliquent qu'elle ne puisse pas se lever : un épisode psychotique est contré par voie médicamenteuse mais le surdosage génère une perte de mobilité majeure (Observations Sacha et Charlie; Entretien de récit de pratique Sacha; Entretien d'explicitation Sacha).

Certaines questions de l'OEMC ne sont pas posées, notamment celles sur la religion. Telle personne, par son origine géographique pourrait être orthodoxe, catholique plus que protestante, ou musulmane plus que juive (Observation Dominique). Pourtant, cette question, qui n'est pas sans conséquences du point de vue de l'alimentation, des rituels de propreté et des jours de fêtes dans le quotidien des personnes, ne sera jamais abordée et cela pour l'ensemble des observations.

La sexualité est elle aussi rarement questionnée directement. Telle dame se déclare célibataire. La question : « Vous n'avez jamais eu de conjoint? », formulée au masculin, n'ouvre pas d'autre option que celle de l'hétérosexualité (Observation Dominique). Tel autre TS demande dans une rencontre à madame si elle « a toujours vécu seule », laissant à la personne un choix de réponse plus ou moins ouvert (Observation Élie). Ailleurs, le participant demande « si le couple partage la même chambre » (Observation Charlie), la fille présente répondra qu'« ils dorment encore collés », signifiant ainsi, quand se pose une semaine plus tard la question de la relocalisation, qu'il est inenvisageable de séparer ce couple marié depuis plus de 60 ans. La sexualité est réduite au registre de la conjugalité.

Ces deux thèmes montrent que, malgré son caractère standardisé, l'usage de l'outil fait l'objet d'aménagements de la part des TS. À contrario, un dossier montrant des



informations relatives à la sexualité passée ou actuelle en tant que problème (un traumatisme, une pratique de désinhibition découlant d'une atteinte frontale, etc.) pourra faire l'objet d'une évaluation plus directe. Ce n'est pas la sexualité comme composante de la vie qui est considérée, mais la sexualité comme lieu de problème<sup>118</sup>.

L'argent n'a pas selon nous ce même statut de tabou. Premièrement, quelques indications périphériques informent de la situation de la personne. Le premier indicateur, nous l'avons évoqué, est l'adresse (centre-ville ou quartier résidentiel), puis le type de domicile (maison individuelle ou immeuble d'appartements), l'état du domicile (coquet ou qui frôle les critères municipaux d'insalubrité), etc. Les emplois occupés du temps de l'activité professionnelle, peuvent aussi indiquer si la personne (ou le ménage) est plus ou moins à l'aise, parfois validé par l'entourage par un euphémisme : « Ils ne sont pas mal pris » (Observation Charlie). Un nouveau statut de veuf induit le gel des comptes bancaires conjoints, alors qu'un veuvage plus ancien laisse penser qu'aux ressources de la personne s'ajoute la part au conjoint survivant. Enfin, l'âge de la personne (60 ans ou 65 ans) marque l'octroi des rentes du fédéral ou du provincial, ce qu'il ne faut cependant jamais tenir pour acquis. Bien qu'ayant atteint l'âge de percevoir ses rentes, Madame n'a pas fait les démarches nécessaires à cet effet (Observation Élie). Ailleurs, Camille, avant d'entrer dans le domicile, connaît le statut de bénéficiaires de l'aide sociale de la fratrie. Madame n'a pas encore 65 ans et son frère n'a pas encore 60 ans. En attendant le versement de leurs régimes de retraite respectifs, le budget doit compter avec la somme des aides sociales (Observation Camille).

---

<sup>118</sup> Lors d'une visite à domicile avec Camille, l'aidante se plaint que Monsieur « joue dans ses couches ». L'argumentaire portera plus sur le risque d'infection des couches souillées vers le visage de Monsieur que sur le malaise de l'aidante devant la masturbation de son compagnon.

Nous observons aussi que pour les personnes issues de l'immigration, arrivées au Québec à l'âge adulte, aucun TS ne demande si la personne reçoit une rente de son pays d'origine, rarement l'emploi exercé où le sens de son immigration. Par contre, si l'argent est un objet de tension, comme dans les situations d'abus ou de maltraitance, la question émerge à un moment donné dans le discours de la personne (Entretien de récit de pratique Camille; Observation Charlie). Si ce n'est pas dans le moment de l'évaluation avec l'OEMC, la personne dans un suivi va y faire allusion, invitant le TS à investir le sujet qu'il faudra alors savoir saisir (Entretien croisé Camille et Claude).

Ici aussi, cette considération de l'argent est évaluée en ce qu'elle comporte un problème, et non pas en ce qu'elle permet de concevoir un projet de vie. Cela traduit la nature profonde de l'évaluation. Savoir distinguer les deux registres (problème et projet de vie) puis savoir les articuler, dans une certaine mesure, est donc au cœur du schème opératoire fondamental de l'évaluation dans le contexte qui nous occupe ici, celui de l'évaluation multidimensionnelle de l'autonomie fonctionnelle.

Dans le fil des réponses, les personnes elles-mêmes ou leur entourage débordent du thème en cours et anticipent sur des questions posées plus loin dans l'OEMC. Le TS peut alors retenir l'information et la reprendre au moment où le thème sera abordé (Observations Élie et Charlie) dans le déroulement linéaire de l'évaluation. D'autres tournent les pages pour noter l'information à l'endroit prévu (Observation Dominique).

Quelle que soit la méthode suivie, cette guidance de l'entretien témoigne d'une connaissance parfaite de l'OEMC et d'une grande maîtrise de ses composantes. Un TS

illustre comment l'incorporation de l'OEMC dans sa pratique soutient l'activité clinique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle :

Dominique : C'est bien que tu maîtrises ton outil d'évaluation, que tu maîtrises le processus, que tu maîtrises... ton rôle dans le processus... Tu sais, le savoir que tu as besoin dans le fond pour faire de l'intervention. Mais il faut que tu te fasses confiance [...] comment je pourrais dire... J'ai une comparaison niaiseuse... mais, quand on joue de la musique et qu'on chante et qu'on joue de la guitare en même temps, tu sais, à un moment donné, il faut tellement que ta guitare soit intégrée que tu n'y penses plus pour penser juste au chant (Entretien d'explicitation Dominique).

Tout débutant dans l'activité d'évaluation avec l'OEMC devrait rechercher si l'information donnée par la personne s'apparente à une section existante, ou serait amené à poser une question alors que l'information a déjà été fournie. Notre propre expérimentation en amont du terrain lors de la formation aux outils cliniques l'atteste. Les TS gèrent avec une grande fluidité les réponses impromptues mais pertinentes et reviennent au fil de la collecte d'informations. L'outil apparaît alors comme une structure logique permettant de classer des informations glanées ici ou là. Alors même qu'il est explicitement conçu pour prendre une photo à un moment donné, sa structure logique est plus ouverte qu'il n'y paraît. L'outil est à la fois un moment d'un processus continu d'évaluation et un événement temporellement précis pouvant faire basculer le quotidien de la personne dans une catégorie nosographique de l'autonomie. Les prescriptions de l'usage de l'outil indiquent que sa passation se fait à un temps précis, caractérisé par la stabilité de la situation clinique, et que sa portée ne vaut que le temps qu'advient une réévaluation. Ici aussi, les TS doivent savoir jongler avec une diversité de temporalités.

En plus de cette diversité des temporalités, le fond et la forme des réponses sont constamment mis en perspective au cours de l'évaluation. Cette dimension dépasse le strict usage de l'OEMC :

Élie : Est-ce que j'oublie des choses? ...Il y a pas eu rien d'extrêmement majeur, il me semble, pour elle (8 secondes) il fallait répéter toujours les consignes. AH ! UN DISCOURS REPETITIF! [Affirme et détache ses mots]. [...] Un discours répétitif et des ordres à répétition et en même temps, une dame qui n'écoute pas les consignes qu'on doit répéter...donc...comme une certaine difficulté d'adaptation, mettons...[...] Au niveau cognitif...ça reste ambigu...on ne touche pas nécessairement la mémoire, mais...

M : Peut-être que, de tout temps, elle a été comme ça aussi...

Élie : Peut-être aussi...oui! (Rires) Ça commence à ressembler à ça!! [...] Ce n'était pas concluant non plus au niveau cognitif pour pouvoir dire : « Oh! Il y a vraiment un petit quelque chose! » Non, non, non! Une dame déterminée qui est entêtée... qui est capable de se débrouiller seule... sans les autres...et qu'on ne fait pas changer d'idée. (Entretien de récit de pratique Élie)

Certaines questions suivent les termes employés dans l'OEMC, d'autres sont reformulées. L'ajustement des termes selon le niveau de compréhension de la personne, de son niveau langagier, populaire ou soutenu, est un savoir adaptatif du TS à la situation. Le langage communicationnel de l'évaluation s'assure de la compréhension de la personne. Dans les métiers adressés à autrui (Mayen, 2012), la finalité du langage est éminemment communicationnelle (Vygotski, 1997/1934), ce qui suppose de s'attarder sur l'adressivité, soit de se préoccuper que la personne à laquelle on s'adresse comprenne ce qui lui est dit (Saussez, 2010). Cet ajustement permet aussi d'aborder les questions que le TS perçoit délicates par la réticence de la personne (ou de l'entourage) quand il s'approche du thème « gênant » (Entretiens d'explicitation Charlie, Dominique, Élie et Camille).

L'aisance communicationnelle du TS s'ajuste à la PA, comme nous l'avons souligné plus haut avec Élie, qui reformule ses questions de telle sorte que madame puisse répondre par oui ou par non (Observation Élie).

C'est aussi le cas pour les questions ayant trait à l'incontinence, reformulées dans un langage simple : « Est-ce qu'il vous arrive de vous échapper, le jour, la nuit? » Comme dans les événements de santé. Par exemple, « Princesse » l'interlocutrice d'Élie, ne parle pas d'hystérectomie mais de « grande opération », et ce terme sera utilisé au besoin dans l'échange. Il témoigne de l'ajustement du vocabulaire du TS à celui de la personne à laquelle il s'adresse (Observation Élie; Entretien d'explicitation Élie).

D'autres questions dans l'OEMC évaluent les aptitudes physiques. Pour la mobilité de la personne, chaque participant a ses habitudes, comme observer dès son arrivée sur les lieux l'agilité de la personne qui se déplace (Observations Charlie et Élie). Là aussi, il importe de retenir ce qui est vu dès le seuil de la porte d'entrée : la personne se déplace avec (ou sans) sa marchette, en se tenant aux meubles (ou pas), d'un pas leste (ou hésitant). Quand il en arrive à l'item mobilité dans le formulaire, le TS questionne la personne afin de valider ce qu'il a vu en modulant le déclaratif par son observation si les informations ne convergent pas. La compétence à traduire un signe en catégorie nosographique est alors essentielle.

D'autres testent la personne lorsqu'ils parviennent au même item, demandant un verre d'eau à la personne ou à être accompagné par cette dernière dans la salle de bain pour voir l'aménagement (Observation Dominique). Il est alors possible de voir comment la personne se lève de sa chaise, comment elle franchit la distance entre la table de la

cuisine et la salle de bain. Bien qu'elle ne soit jamais explicitement désignée par les TS, cette mise à l'épreuve permet de faire le décompte des 30 pieds (10 mètres) requis par le SMAF pour graduer la mobilité de la personne.

Mais, quelle que soit la façon de valider l'item à évaluer, les TS sont vigilants à toute dissonance entre ce qui est vu, entendu (dit par la personne), écrit dans les documents, voire senti au sens olfactif, ou ressenti, comme les tensions entre l'aidant et la personne. Lorsque les informations qu'ils collectent ne sont pas convergentes, les TS doutent. Dans la prise de notes, ce doute peut être marqué par un mot souligné, ou une marque personnelle en marge du formulaire qui va rappeler ce moment de la rencontre où « il y a quelque chose qui cloche » (Observations Charlie et Élie).

Nous avons constaté que lorsque dans la collecte d'informations soutenue par l'OEMC, le déroulement de l'activité achoppe sur des indications contradictoires, les TS ne sont plus seulement en collecte d'informations, ils doivent questionner la situation autrement, l'approfondir au-delà de l'OEMC. Ils doivent identifier la zone de conflit entre ce qui est vu, entendu et senti et qui fait obstacle à leur compréhension de la situation :

Camille : J'ai senti, j'ai perçu un petit quelque chose à ma première visite ... on n'en a pas parlé, mais j'aimerais faire un retour là-dessus, et des fois ça ouvre une porte... (Entretien de récit de pratique)

L'évaluation se poursuit au-delà de la collecte de données en distinguant la production du document OEMC et l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, qui intègre l'analyse des informations collectées. Cette perception de l'évaluation soutient le caractère itératif de l'activité du TS qui entame la collecte de données et analyse les informations qu'il reçoit de la personne, celles qu'il voit, qu'il a lues dans le DPE, ou qu'il a perçues dans

une temporalité beaucoup plus large que le moment de l'OEMC. Camille exprime clairement la valeur de l'analyse des informations qu'il trouve dans la prise de distance du moment formel de l'évaluation de la personne vis-à-vis de la perception immédiate :

M : Si tu y allais avec l'ordinateur? [À domicile] ...

Camille : Je PRODUIS [affirme et détache ses mots] ... un document, je n'analyse pas la situation... je ne vais pas dire sans analyse, mais je vais dire avec beaucoup moins d'analyse. Et parfois, cette distance-là que je mets entre les deux [OEMC papier et logiciel RSIPA] m'amène à avoir une perception qui peut être différente... d'une perception... heu... immédiate. C'est loin d'être mauvais pour le client parce que, parfois, ça m'amène à retourner à domicile et aller poursuivre... (Récit de pratique Camille)

D'autres décomptent le temps nécessaire pour transcrire les informations de l'outil papier vers sa version informatique, celui de la rédaction de la synthèse, etc. Ces espaces temps de rédaction, dans lesquels nous identifions le travail d'analyse proposé par Camille, sont difficiles à trouver dans l'agenda des TS :

M : Tu as collecté toutes tes données avec le formulaire bleu OEMC. Ton RSIPA, tu le fais dans la foulée ou tu te donnes un petit temps de distance?

Charlie : Bon, c'est plus par rapport au temps que je vais avoir. Dans le fond, je vais le rédiger quand je vais avoir le moment de le faire... à la limite, à l'ordinateur, ça peut prendre un bon deux heures, deux heures et demie de rédaction. [...] Si tu fais tout, c'est au moins quatre heures dans ta journée. Si tu fais RSIPA, taper ton RSIPA, évaluation psychosociale, élaborer un plan d'intervention et faire le PSIAS... c'est quatre à cinq heures, en ligne... (Entretien de récit de pratique Charlie)

Le travail d'analyse et de rédaction qu'exige un nouveau dossier risque d'être interrompu par une autre intervention. Pour parvenir à rédiger malgré tout, nous envisageons que les TS focalisent sur des faits suffisamment significatifs pour conserver en mémoire des éléments évocateurs pour eux et reprendre le fil de l'analyse de la situation. Comme pour les notes évolutives, rédiger, c'est traduire les signes en pistes d'intervention, mettre des mots clés qui consiste à mentionner des faits, car c'est à partir des faits que l'argumentation pour les demandes de services sera établie. C'est une manière de garder en mémoire des éléments concrets qui légitiment l'intervention. Les TS mobilisent les indices concrets de la situation pour soutenir leur demande de services à partir de mots clés.

Charlie : Je sais que j'ai des collègues qui vont élaborer beaucoup plus, qui vont formuler.... Moi, je mets des mots, des pistes, je ne vais pas... [...] Je mets des faits souvent, je vais mettre des exemples. (Entretien de contexte de pratique Charlie)

La transcription du dossier papier au logiciel pourrait paraître une perte de temps, voire une augmentation du temps administratif. De toute façon, ce temps rédactionnel déborde de l'agenda. Certains ont testé de commencer avant 8 heures le matin, avant le début des appels téléphoniques, d'autres restent à la fermeture des bureaux, d'autres encore semblent prendre plus rapidement les dossiers où les OEMC sont déjà faits par un infirmier ou un ergothérapeute pour échapper à la charge, d'autres se questionnent sur le risque de ramener des dossiers chez eux. Mais, plus sûrement, ils vont à l'essentiel dans leurs notes, gardent des « pistes », comme le dit Charlie et sont, en règle générale, en retard dans leurs dossiers administratifs.

Or, cette distance entre le temps de la collecte avec l'OEMC format papier et celui de la production du RSIPA soutient le raisonnement clinique par une capacité accrue de décanter :

Camille : Ce que j'aime aussi dans la retranscription, c'est que j'ai le temps de me pencher sur mon entrevue. [...] J'ai le temps de décanter, de prendre de la distance et de me faire une tête sur comment s'est passée l'évaluation et me pencher sur mon ressenti d'intervenante, sur mon intuition. (Entretien contexte de pratique)

Ici, manifestement, l'évaluation prend en compte les informations factuelles, mais aussi son déroulement et le ressenti de Camille, distinguant dans l'outil ce qui a trait aux faits, notamment les questions de la partie SMAF dans l'OEMC, et ce qui relève de l'interprété, du jugé :

Camille : C'est sûr, au niveau de la partie SMAF, mobilité, AVQ, AVD... il y a peu d'interprétations possibles, on s'entend... Mais, au niveau psychosocial, au niveau de la partie émotive, au niveau de la perception de l'utilisateur au sujet de sa situation...j'ai le temps de me faire une tête... OK, lui, il me dit ça, mais moi, en tant qu'évaluateur, je peux me mettre aussi. « Évaluateur : JE perçois que » [Affirme en détachant les mots]. Alors que, quand je le fais trop rapidement, je perds cette notion. (Entretien contexte de pratique)



L'outil de la pratique d'évaluation est bien l'OEMC, et ce qui a fait sens en situation, pour le TS est en partie structuré par lui. Mais le raisonnement clinique du TS dépasse l'usage de l'outil. Nous avons vu le décompte du temps, nécessaire pour imbriquer les arguments les uns avec les autres, créer des liens, faire sens, etc.

Dans la pratique, le retour au bureau est un temps peu visible de l'activité. Ces instants informels, hors prise de notes ou d'enregistrement sont pourtant riches. Juste après la rencontre, souvent dans la voiture<sup>119</sup>, les premières impressions et les questionnements surgissent sur ce qui « parle » dans la situation, « ce qui fait sens » ou « qui n'a pas de bon sens » (Observations Élie, Charlie, Sacha, Claude, Dominique et Camille). Le TS établit une sorte de pondération des bonnes et moins bonnes nouvelles. Il repasse mentalement non pas la totalité de la rencontre, mais les moments de doutes qui font osciller cette balance. Parfois, vis-à-vis d'une situation lourde, le silence est plus long, comme un effort pour prendre de la distance, pour pouvoir revenir sur les faits de la situation (Observations Camille, Élie, Dominique et Charlie).

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est un acte clinique mobilisant des savoirs chez les TS qui demeurent pour une part tacite. L'évaluateur, à l'aide des catégories proposées dans l'OEMC, fractionne le quotidien de la personne selon des thématiques que nous avons présentées (section 1.5.3). À partir des réponses de la personne, de ce que le TS a observé en situation, de ce qu'il a lu dans le DEP, de la préconnaissance qu'il a du quartier, etc., il note par mot clé le terme qui tient compte de la somme des

---

<sup>119</sup> Le trajet du retour nous semblait important mais il a été souligné par Charlie s'exprimant sur son vécu de la recherche. Notre présence à ses côtés de retour à domicile fait qu'il a verbalisé ce qui se passait dans sa tête de toute façon quand il était seul. Entre langage intérieur et langage communicationnel quand le TS formule : « C'est pas simple » en sortant d'un domicile, notre réponse est d'acquiescer dans le même sens et d'ouvrir avec une question neutre du type : « Ça te dit quoi, à toi, tout ça? »

informations. Nous avons observé que, dans la rencontre avec l'OEMC, les TS ne prennent pas en note tout ce qui est dit par la personne, ni tout ce qui est vu dans le domicile. Ils limitent leur prise de notes à un mot clé, au besoin accompagné d'un élément descriptif à des fins justificatives.<sup>120</sup>

Cette transcription immédiate des informations collectées en face à face avec la personne est un premier niveau de raisonnement clinique qui s'effectue par le croisement des différentes sources d'informations et la convergence ou la divergence des indices recueillis.

Camille a évoqué à quel point le temps entre la collecte avec l'OEMC et la transcription de son évaluation lui permettait de « décanter » les informations. À y regarder de plus près, de retour de l'évaluation ou de la réévaluation, les TS observés décanter les informations avec une même gestuelle et une formulation de questions dans des registres comparables. Du point de vue de la gestuelle, le formulaire papier est parcouru de page en page. Rapidement, les informations convergentes et positives ou stables ne sont plus regardées<sup>121</sup> par les TS, qui se concentrent sur les éléments divergents et problématiques ou instables.

Ce n'est alors plus une lecture selon les thématiques de l'outil qui est faite, de l'outil vers l'empirique, mais bien une lecture clinique de l'empirique vers l'outil, cherchant à faire correspondre ce qui est jugé comme porteur d'un problème qui appelle une

---

<sup>120</sup> Par exemple, le terme « mobilité » est souligné et accompagné de « marchette ? » si le TS observe que la personne se déplace avec difficulté mais que la marchette reste dans un coin de la cuisine. La mobilité sera validée avec le physiothérapeute, d'autant plus si la personne a déjà chuté.

<sup>121</sup> Par exemple, les soins infirmiers avec « La dame qui commence par dire non » sont stables, convergents et positifs. Les faits sont validés et il n'y a plus lieu de s'en préoccuper pour le moment (Observation. Charlie).

intervention. Le TS passe par exemple de la troisième à la huitième page pour feuilleter rapidement et revenir à la quatrième. Il effectue une lecture transversale des thématiques proposées par l'OEMC, il en extrait des indices épars qu'il regroupe pour identifier les espaces de la perte d'autonomie fonctionnelle à investir pour intervenir. Ceci est un second niveau de raisonnement que Camille désigne comme faire « ressortir les problématiques » à partir de la dissonance des indices collectés.

Camille : J'indique ce qui va pas; ce qui va d'office, je n'ai pas à en parler, ça va, et je ressorts les problématiques où j'ai dû coter « oui, c'est problématique » [...]. Et de ça découlent l'évaluation des besoins à mettre en place et qu'est-ce qui est comblé, et je fais mon PSIAS avec ça. Et le client sait que, découlant de ça, il va avoir un [...] plan d'intervention. (Entretien contexte de pratique)

La dernière étape de l'activité clinique du TS consiste à valider auprès de la PA (ou de son entourage) les constats de l'évaluation suite aux longues séries de questions posées et parfois perçues comme intrusives et qui va prendre la forme du plan d'intervention.

Camille : Bien souvent, ils [les clients] ne comprennent pas ce que c'est, un plan d'intervention, avec raison, et je leur dis : « C'est ce qui justifie que je suis auprès de vous, c'est ce qui justifie, c'est un document qui m'amène, dans le cas de madame X, Y, Z, c'est les services qu'on doit mettre en place pour l'aider à demeurer chez elle », « Êtes-vous d'accord pour ça? » Il faut qu'ils signent OU [Affirme en détachant les mots] je peux indiquer : « Accord verbal obtenu lors de l'évaluation RSIPA à telle date. » L'établissement nous demande que le client soit au courant qu'il y a un plan d'intervention pour lui et qu'il soit d'accord avec ce plan. (Entretien contexte de pratique).

Le schéma ci-dessous illustre les deux temps de l'activité d'évaluation dans la collecte de données à partir de l'outil et suite à la collecte. Le temps 1 est celui de la collecte des données avec l'OEMC comme support, qui questionne la vie de la personne en thèmes. Cette collecte se poursuit mais en fonction de la situation; si le TS perçoit quelque chose d'incohérent, d'inaccoutumé ou qui sonne faux, le temps 2 de l'évaluation débute. À partir de ce point de rupture, désigné par nous de dissonance, le TS maintient sa collecte

d'informations mais commence mentalement à associer des indices saisis dans les différents thèmes pour recomposer la situation de la personne.

Nous avons tenté de schématiser ces deux temps de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Le temps 1 est la collecte d'information qui alimente la connaissance de la situation d'une autonomie relativement simple à appréhender (bien que complexe à vivre pour la personne) et la résolution ou compensation du problème suit son cours, le problème est identifié suite à une collecte de données estimées congruentes par le TS. Le raisonnement clinique est simple. Une ou plusieurs issues dans le meilleur des cas seront proposées à la personne.

Le temps 2, la recombinaison des informations, advient dans le doute du TS qui « voit qu'il y a quelque chose qui ne colle pas. » Le TS ne peut résoudre ou compenser un problème qu'il ne parvient pas à identifier. Pour cela, il doit contourner ce sur quoi bute son activité. Il ne peut y parvenir qu'en construisant, en problématisant la situation. La problématisation de la situation est nécessaire pour, par la suite, savoir comment soutenir la personne à compenser sa perte d'autonomie. Toutefois, le raisonnement clinique n'est pas simple, le cheminement de l'activité ne peut être pensé uniquement en mode de résolution de problème bien qu'il y ait problème mais que celui-ci n'est pas problématisé. À partir des thèmes proposés par l'OEMC, les TS utilisent avec une fidélité toute relative l'outil pour évaluer la situation de la personne. Et lorsque ces informations collectées par le discours et l'observation sont dissonantes, les TS doutent.

Il est alors nécessaire d'aller plus loin que la collecte, de mettre en lien des éléments éventuellement épars pour comprendre la dissonance dans une recomposition de la situation en une forme « intervenable » d'action.

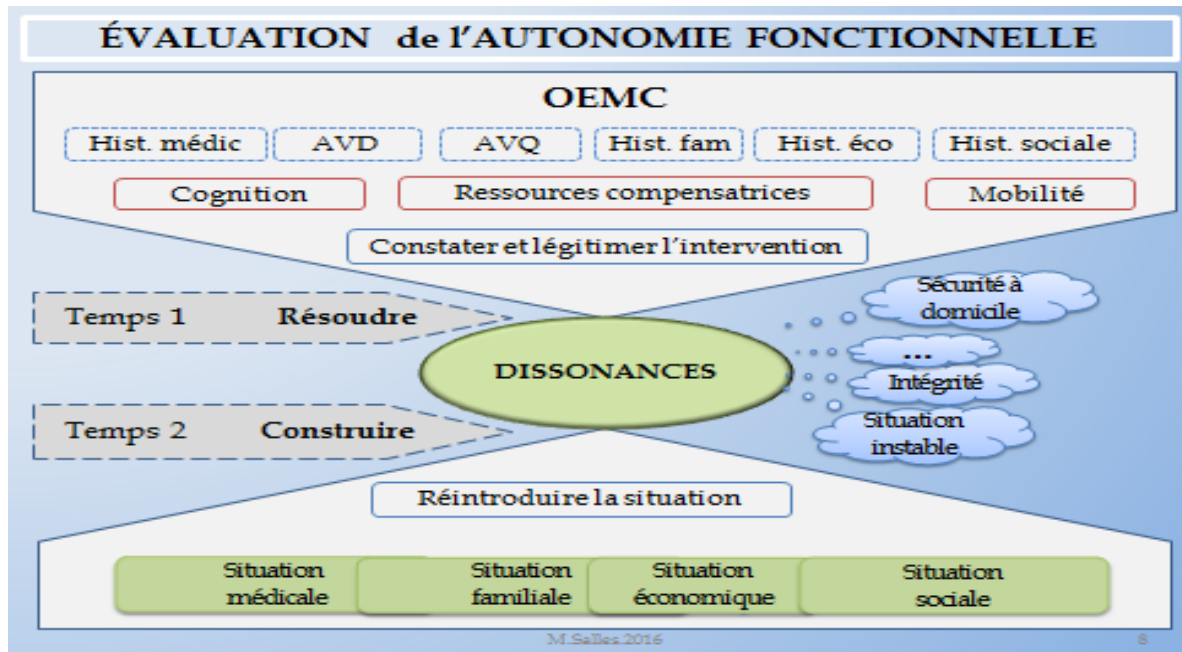


Figure 9 : L'activité clinique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, soutenue par l'oemc

En cela, nous retrouvons une grande similitude avec le déroulement de la visite médicale analysée par Dodier :

En posant des questions au salarié, en écoutant ses récits et ses doléances, en investiguant son corps, le médecin ouvre des registres d'exploration. Il apprend quelque chose, il découvre des faits. Le médecin met en œuvre une stratégie d'interprétation. Travaillant à l'intérieur de ce cadre, il devient attentif à des réalités qu'il n'avait pas vues auparavant [...]. Mais la visite doit s'arrêter. Le médecin doit rendre des décisions. Il doit, comme expert, répondre à des questions : « Dites-nous si ce salarié est apte à son travail? », « Faites-nous la liste des risques auxquels il est exposé? [...]. L'exploration ouverte par la visite médicale acquiert alors une autre dimension. Le cadre d'investigation apparaît sous un autre jour : il n'est plus un moyen d'enrichir une connaissance, mais un outil de sélection de ce qui importe. Il n'est plus l'ouverture d'un registre d'exploration des nouvelles facettes d'un individu, mais une délimitation des repères dignes d'intérêt. (1993, p. 29)

Cette recomposition repose sur le raisonnement clinique du TS pour questionner autrement les informations collectées. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est un processus qui débute en amont de l'utilisation de l'outil et se prolonge en cours et au-delà de l'évaluation instrumentée, y compris dans le temps informel du retour au bureau ou plus formel de transcription de l'outil papier à l'outil informatique. Et quand le doute persiste, les participants n'hésitent pas à aller questionner à nouveau « et, des fois, ça ouvre une porte... » (Entretien de récit de pratique Camille), allant dans les cas les plus incertains ou récalcitrants, à mobiliser leurs collègues ou leurs supérieurs pour partager leur raisonnement clinique.

## **Chapitre 6. Certains savoirs des travailleurs sociaux dans l'activité d'évaluation**

Nous retenons de ce qui précède que, du point de vue de l'activité évaluatrice, la maîtrise de l'outil est déterminante pour être à l'aise dans le processus évaluatif. En effet, l'OEMC n'est pas utilisé comme un questionnaire, mais bien plus comme un guide d'entretien par lequel le TS ajuste son vocabulaire, « met des gants blancs » devant le malaise de la personne et s'assure de la compréhension de ses questions comme de ses intentions. Nous retrouvons les deux pans des métiers de services qui exigent de maîtriser le champ de l'objet et le champ relationnel (Mayen, 2012). Comme nous l'avons vu, Dominique utilise la métaphore de chanter en jouant de la guitare. Pour savoir être présent dans le chant, la dimension dialogique avec la personne, l'instrument, l'OEMC, doit être parfaitement maîtrisé. Cela suppose de savoir collecter l'information, savoir traduire la situation, savoir identifier ce qui pose problème dans la situation. En l'occurrence sa problématisation le transforme en un problème «intervenable» du point de vue de l'établissement, de l'institution professionnelle et, *in fine*, arrime le projet de vie de l'utilisateur et les possibles de l'intervention dans un plan d'intervention.

### **6.1. Savoir collecter l'information**

Nous avons vu dans les matériaux conceptuels que le raisonnement clinique reposait sur ce qui est vu, entendu et senti de la situation. Nous reprenons ces trois activités au travers des capacités mises en œuvre par les TS au moment de l'évaluation. Cette mise en liste des savoirs n'a aucune prétention de hiérarchisation ou d'exhaustivité.

### 6.1.1. Entendre

Dans la collecte d'informations, il s'avère primordial d'entendre ce qui est dit, quelques fois au-delà des mots. Nous avons identifié dans les entretiens plusieurs savoirs :

- être capable de différencier les façons de dire oui;
- être capable de différencier la cohérence et l'incohérence des propos;
- être capable de faire du sens.

Cette capacité à entendre, au sens propre comme au sens figuré, est associée à l'écoute de ce qui est dit par la personne âgée et à la vérification de ce qui est compris par la personne âgée. L'écoute, c'est à dire la considération, y compris empathique de la parole, ne suffit pas à comprendre, de percevoir ou de discerner, sens que nous donnons à l'acte d'entendre, ce qui est dit par la personne. Nous en trouvons l'expression dans l'habileté des TS à différencier les façons de dire oui. Claude, dans l'entretien d'explicitation, formule qu'avant de raccrocher le téléphone, il est indispensable de valider que la personne ait bien compris ce qui vient d'être dit. Nous avons proposé à Claude d'approfondir ce moment, juste avant de raccrocher le téléphone, par exemple dans la situation « Les aidants épuisés qui menacent. » Le TS fait alors émerger une catégorisation des « oui assumés ou non assumés » :

Claude : ... le faux oui...comment... (6 secondes) bien, tu sais... encore là... je trouve que c'est dans le ton... « Est-ce que ça va? », ... « Oui [ton éteint, lent, apathique] »... il y a des tons.... qu'on voit.... que ça n'a pas l'air... assumé! (Rires)

M : C'est un oui non assumé! C'est joli comme expression!

Claude : Un oui non assumé! C'est ça! Parce que les « assumés » aussi, on les replace bien! C'est TAC! « Parfait ! Merci! Bonjour! » [Voix claire, dynamique]. (Entretien d'explicitation)



De son côté, Camille explique qu'il faut savoir fermer une rencontre (Entretien d'autoconfrontation Camille et Claude). Le TS précise qu'il ne repart pas sans s'être assuré de la compréhension de ce qui vient d'être dit, faire des synthèses, valider avec les personnes présentes. Dans les entretiens de récit de pratique et d'explicitation, cette préoccupation de Camille est très claire avec « Mère et fille copropriétaires », situation conflictuelle sur fond de maltraitance financière. Le TS dit qu'il est important « de ne rien laisser traîner derrière »; une fois refermée la porte du domicile, il est capital d'avoir éteint les feux du conflit.

L'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle repose en premier lieu sur la collecte des informations, soutenue par l'OEMC. Il semble primordial aux TS (Dominique, Charlie, Élie et Sacha) de se faire une idée au sujet des informations reçues. De sorte qu'être capable de différencier la cohérence et l'incohérence des propos tenus par les personnes passe pour un savoir essentiel de l'évaluation.

Sacha : Madame a des troubles de comportement, retire de grosses sommes d'argent, on ne sait pas ce qu'elle fait avec... elle accuse qu'elle se fait voler, on lui montre les vidéos (du guichet de retrait de la banque)... où c'est elle-même qui retire de l'argent, mais : « Non, non, non », pour Madame, c'est quelqu'un qui s'est déguisé comme elle. (Entretien croisé Dominique et Sacha)

Très associé au savoir précédent sur la cohérence ou non des propos entendus, le TS doit passer de la collecte à l'analyse des données. Il doit être en mesure de croiser les informations thématiques par l'OEMC pour saisir la situation singulière de la perte d'autonomie de la personne qui est devant lui. Le TS doit être capable de faire du sens à partir de ce qui lui est dit :

Camille : Elle [Madame] décrit une situation [maltraitance financière] sans apporter de nom sur ce qu'elle décrit! (Entretien d'explicitation)

Dans cette situation, madame décrit ce qu'elle paye, ce que sa fille lui demande de payer et les arguments de cette dernière pour être indemnisée de la charge que représente sa mère au quotidien. La fille sacre, hausse le ton, la mère pleure, boude, mais finit par payer. La fille satisfaite l'emmène magasiner, au restaurant et la lune de miel se poursuit jusqu'à la prochaine facture que la fille ne peut recouvrer. Nouvelle crise, mais madame ne veut pas perdre la dernière de ses enfants qui lui reste. Donc, madame décrit très bien le processus de la maltraitance mais Camille doit en déduire la catégorisation de la situation comme maltraitance financière.

### **6.1.2. Voir**

La visite à domicile semble légitimer la mobilisation de la vision. C'est d'ailleurs un vocable usuel dans le discours des TS, « aller voir ce qui se passe », « se rendre compte de ses propres yeux »... Nous reprenons pour mémoire ce que dit Charlie (section 5.3.1 ouverture du dossier) :

Charlie : J'ai plus tendance à dire que je vais voir, parce que sinon, ce n'est pas le même portrait quand tu vas arriver là-bas... Ça va être une autre situation que ce que tu as lu... Je vais essayer de partir le plus vite possible puis revenir avec la première impression de la personne, ensuite je vais aller voir dans le dossier ou recueillir de l'information. (Entretien de contexte de pratique)

Cette nécessité de voir en situation, selon nous, se déploie dans différentes sphères de l'activité :

- Être capable de trouver les informations pertinentes dans le DPE;
- Être capable de trouver les informations pertinentes à domicile;
- Être capable de lire le comportement des personnes.

Nous avons souligné comment les six TS observés utilisaient les informations disponibles dans le DEP. Il s'agit donc d'être capable d'y trouver les informations, de sélectionner dans toutes celles qui sont disponibles les plus pertinentes qui vont permettre

de questionner, d'approfondir la connaissance de la situation, de lever ou confirmer un doute sur un aspect particulier. Sacha, dans le dossier « Ping-Pong », prend connaissance des informations disponibles dans le DPE et les croise avec ce que lui dit la TS de l'hôpital pour construire son point de vue sur la perte d'autonomie de madame (Observation Sacha; Entretien de récit de pratique Sacha; Entretien d'explicitation Sacha).

La visite à domicile renseigne le TS sur les conditions de vie de la personne (domicile avec ou sans escalier), Charlie nous dit que « La Dame qui commence par dire non » se lève moins facilement de son fauteuil, ce qui est un indicateur de la mobilité de la personne. Être capable de trouver des indices dans le domicile (Charlie, Dominique, Élie et Camille) est peut être le premier mode de collecte d'informations mobilisé par les TS. Ce qui est vu à domicile est croisé par le TS avec le discours de la personne, le contenu de la note de demande de services ou du DPE et implicitement sert à valider la fiabilité de l'information reçue.

Charlie : Je vais voir s'il y a un panier de fruits...mais je n'irais pas avec madame ouvrir son frigo. Il y en a que je vais le faire, des fois, parce que (4 secondes) ça ne marchera pas, là!! (4 secondes), peut-être un jour, mais pas tout de suite!  
(Entretien d'explicitation)

Au-delà des indices sur le domicile, le visuel sert à relever des informations sur la personne, encore faut-il savoir les décoder. Pour maintenir le contact, condition indispensable pour continuer à collecter les informations et donc pour mener l'activité d'évaluation, il faut savoir jusqu'où aller dans son questionnement. Il est alors capital d'être capable de lire le comportement des personnes, notamment en situation de refus de service, pour ne pas arriver au point de rupture de la rencontre.

Charlie : Au premier abord qui va avoir l'air (4 secondes) rude, si on veut, avec un facial, très...fâché, là...tu sais, on sent qu'elle n'est pas (4 secondes) sévère, un peu à la limite, là...et puis souvent, son non-verbal, son non-verbal, il parle! Elle est assise là! [Charlie mime Madame : croise les bras sur la poitrine, se recule dans son siège, baisse la tête, position frontale] « Ça va bien! »... (Entretien d'explicitation)

Nous mettons dans ce même registre la capacité à lire l'épuisement de l'aidant (détérioration physique, amaigrissement, etc.) ou l'installation progressive d'une négligence de soi.

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle consiste à rendre compte de la situation de la personne. Pour ce faire, le TS se rend dans le lieu de vie de la personne pour voir comment les informations du DPE, la demande de services prennent forme dans son quotidien. Le TS relève des faits qui servent à légitimer la demande. Une fois qu'il a vu, le TS est en mesure de dire si ce qu'il a vu relève de la catégorie « perte d'autonomie » pour faire entrer les services du SAD à domicile. Il y a là une légitimation du besoin exprimé, une légitimation de la demande de service formulée et une légitimation d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux et du service du SAD. Pour ce faire, l'exemple de la situation traitée par Sacha est explicite. L'hôpital prévient du congé donné à Madame. Celle-ci ne se lève plus, elle a 68 ans. La demande de retour à domicile arrive au SAD. Il faut une semaine de débats entre les services pour que Sacha fasse entendre que la situation nécessite l'intervention conjointe des services de santé mentale et du SAD. Madame, qui effectivement a plus de 65 ans et a un problème de mobilité, entre dans les prérogatives du service du SAD. Le raisonnement de Sacha démontre que le fondement de cette perte d'autonomie est relié aux hallucinations psychotiques (et à la médication). À partir de quoi, la situation de Madame entre dans le

champ de compétence du service de la santé mentale. Sacha arrive donc à imposer une intervention conjointe SAD et Santé mentale.

### 6.1.3. Sentir

Le troisième registre est complémentaire des précédents, entendre et voir, et comme ces derniers, il peut être pris minimalement dans deux niveaux de signification :

- sentir les odeurs, comme moyen de prélever une information,
- sentir le niveau relationnel à instaurer avec la personne.

Être capable d'identifier les odeurs permet par exemple de savoir que la personne a pris un repas ou que l'aidant est allé fumer au sous-sol pendant la visite ou encore informe des situations de négligence de la personne (Charlie, Dominique, Élie et Camille).

Charlie : La Madame dont tu parles [Couple Country<sup>122</sup>], elle n'a pas ... son besoin [Madame refuse l'aide au bain] ... Il n'est pas criant, elle est propre, cette madame, elle sent bon! Elle ne sent pas l'urine! Elle est propre de sa personne! Elle n'a pas l'air...négligée, là! (Entretien d'explicitation)

La dimension relationnelle de l'activité suppose chez le TS une grande adaptabilité, ils doivent assez rapidement sentir comment faire avec la personne ou les personnes dans chaque situation. Les sections précédentes (section 4.3.2 rencontres inter) nous ont permis de suivre comment faire avec les récalcitrants (Charlie) ou comment faire quand les aidants deviennent menaçants (Entretien croisé Camille et Claude). Nous pouvons dire que cette adaptabilité relationnelle est largement partagée par les six TS. Cela suppose d'adapter son niveau de langage, par exemple sentir si l'humour est de mise ou non dans la relation.

---

<sup>122</sup> Suivi en observation non exploité n'ayant pas fait l'objet d'au moins deux temps de collecte de données, de sorte que les informations ne pouvaient pas être croisées. Lorsque nous arrivons à domicile, le poste de radio est ouvert et la fréquence country diffuse en boucle.

Élie : C'est sûr que oui... dans l'intervention, on fait notre possible aussi... selon... la personne, à quoi on a à faire... selon... la question de... comment on sent qu'on doit faire les choses... (Entretien d'explicitation)

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle permet d'atteindre un niveau d'information important par la somme des données collectées, mais la capacité du TS à « sentir les choses » s'apparente volontiers dans le discours des TS à la dimension intuitive de l'activité. Or, de notre point de vue, « sentir les choses » relève de la capacité des TS à relier les informations entre elles selon des thématiques absentes dans l'OEMC mais dont ils reconnaissent certaines des composantes dans d'autres situations présentes dans leur expérience. C'est un mouvement du général de la liste de l'OEMC vers le particulier de la situation et dans un second mouvement, un rapprochement de la situation singulière de familles de situations similaires selon des catégories expérientielles propres à chaque TS.

## **6.2. Savoir dire en situation**

Dans les métiers tournés vers autrui, le savoir premier est celui de savoir dire, selon la proposition de Charlie en groupe de discussion. Les situations rencontrées possèdent un certain niveau de complexité ou sont devenues complexes. C'est notamment le cas du « Couple au petit chien hargneux », comme celui des « Aidants épuisés qui menacent ». Du fait de la perte d'autonomie des personnes, le degré de complexité est variable. En effet, entre « Princesse », dont le quotidien géré en parfaite autonomie est perturbé par une chute de trop, et le conjoint de « La touriste mexicaine », déclaré cognitivement absent lors des rencontres par Dominique, il y a toutes les déclinaisons possibles de la perte physique, cognitive ou d'autonomie décisionnelle, pour ne citer que ces trois sphères de la vie des personnes. Mais, quelle que soit la nature de la perte d'autonomie,

le TS qui a vu, entendu et senti dans la collecte d'informations et dans les différents niveaux de sens que nous avons pointés doivent savoir dire en situation. L'activité usuellement mise en œuvre doit être dépassée et les TS mobilisent dans leur expérience des façons de faire adaptatives à la situation telle qu'elle se présente.

Nous identifions selon les TS deux attitudes contrastées prises dans l'activité. Nous traiterons premièrement de l'orientation donnée par le TS qui consiste à *coconstruire* avec la personne une représentation de sa situation, de son projet de vie à domicile, aussi infime soit-il. Avec la seconde orientation, lorsque la coconstruction n'advient pas, le TS va *confronter* la personne à sa lecture de la situation. Selon notre compréhension et en référence à Clot et Faïta (2000), cette différence ne s'entend pas comme genre professionnel, mais plus comme style donné à l'activité par les TS expérimentés. Toujours est-il que pour dire la situation, les professionnels, qu'ils empruntent l'orientation de la coconstruction ou celle de la confrontation, *valident* tous la compréhension des événements et des suites envisagées avec la personne au regard de la situation.

Au fil de la collecte des informations pour l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, nous avons énoncé des savoirs pour entendre, voir et sentir en situation. La personne en perte d'autonomie est dans le vécu immédiat de son quotidien et le TS doit lui permettre d'accéder à un niveau de compréhension de sa situation par la coconstruction ou par la confrontation.

### **6.2.1. Coconstruire**

Cette première attitude est repérable dans les observations et dans les entretiens menés avec les TS (Élie, Charlie et Claude). Dans la situation de « Princesse », Élie tente de

comprendre où se situe la résistance de madame, ce qui fait qu'elle refuse de considérer son incontinence urinaire comme facteur déterminant dans sa perte d'autonomie et de son soutien à domicile.

Élie : J'ai essayé de voir... c'est toujours en explorant sa pensée... dans le fond... est-ce qu'il y a des préjugés... est-ce qu'il y a une gêne... est-ce qu'il y a un embarras... est-ce que c'est monétaire... il y a quand même quelque chose... qui ne colle pas! Mais je n'ai pas encore trouvé quoi! (Entretien d'explicitation)

Cela suppose pour le professionnel d'être capable d'amener la personne à construire une réalité (Élie, Charlie, Claude et Camille). Dans la situation de la « Mère et la fille qui cohabitent », il est premièrement nécessaire de comprendre entre les lignes la situation de maltraitance financière, mais une fois que celle-ci est soulevée et formulée par madame, la suite à donner doit être coconstruite avec celle-ci :

Camille : « Qu'est-ce qu'on fait? » Et là, la réponse, elle ne m'appartient pas. (Entretien d'explicitation)

Pour parvenir à poursuivre l'évaluation (dont la finalité est de dire pour compenser l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées), le TS doit « se faire une tête », comprendre dans la situation singulière ce qui fait obstacle à l'autonomie de la personne dans son domicile. Il peut identifier assez rapidement ce qui, de son point de vue, vient nuire dans la quotidienneté de la personne sans pour autant que cette dernière en ait la perception, et qui plus est, la même perception. Le TS est alors amené à rechercher où se situe le point de résistance dans la compréhension de la personne afin de poursuivre son activité. L'adhésion verbale donnée par le consentement en amont de la rencontre ne suffit pas à faire de la personne le partenaire de son propre projet de maintien à domicile. Il est nécessaire pour arriver à la concrétisation d'un service compensatoire de partager les grandes lignes de l'analyse de la situation et de s'accorder sur les objectifs et les



moyens à mettre en place avec la personne concernée par la perte d'autonomie. Nous rejoignons ici la conception du partenariat développé par Boutinet (1990).

### 6.2.2. Confronter

Quand la coconstruction n'advient pas, il est parfois nécessaire de confronter la personne, son entourage à sa perception des choses. Cette potentielle confrontation que peut mener le TS dépend de la situation et de son propre seuil de tolérance vis-à-vis de cette même situation. Il s'agit alors pour le TS d'être capable de poser des (ses) limites.

Dominique : L'autre affaire qui nous déchire, c'est que, souvent, au soutien à domicile, on est confronté à des risques importants. On est avec des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, donc il y a des facteurs de risques qu'on ne peut pas juste laisser aller, tasser, ne pas s'en préoccuper. (Entretien de contexte de pratique)

Ces limites concernent l'aptitude du TS à gérer les risques, savoir les identifier, les nommer, savoir évaluer le degré de compréhension de ce même risque par la personne, son entourage. Cela passe par la capacité à dire les vraies choses ou les choses qu'il tient pour vraies (Dominique, Sacha et Camille) :

Camille : J'ai tout à gagner à nommer les vraies choses... Ça prend des habiletés aussi... Je ne fais pas juste dire: « Pauvre vous, vous êtes vraiment victime de violence! » (Entretien de récit de pratique)

En effet, une fois le constat effectué et le risque nommé, il est nécessaire de passer de la gestion du risque à l'intervention :

Dominique : Dans ce dossier, cette semaine, mon travail a été de poser mes limites [...]. On est rendu là dans ce dossier. On essaye de remettre le choix entre les mains de l'individu, d'agir sur sa situation et puis d'exposer mes limites. (Entretien de contexte de pratique)

Savoir dire en situation correspond donc à nommer, ce qui du point de vue du TS pose problème. Dans les limites qu'il énonce, le TS fait part à la fois des limites

d'intervention du service qu'il représente, le SAD, comme de ses propres limites à accompagner la personne si celle-ci ne coopère pas, si la situation prend des orientations qui dépassent les missions du TS et vient heurter ses valeurs, par exemple. Nous pourrions dire que l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle vise à identifier les tenants de la perte d'autonomie de la personne. Par contre, la situation à domicile comporte parfois des variables qui confrontent le TS lui-même à ses modes de vies, à ses représentations. Il est nécessaire de trouver un point d'accord minimal pour, au-delà de l'évaluation, intervenir auprès de la personne.

Dans l'énonciation de sa situation lors de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, la personne ne parvient pas toujours à identifier ce qui est préjudiciable à son quotidien. Le TS peut avoir tenté de passer par la coconstruction avec la personne de la situation sans pour autant être parvenu à une problématisation de celle-ci. Il apparaît alors nécessaire que le TS formule ses conclusions, ce qui, en l'absence de conscientisation chez la personne, revient à la confronter à la perception que le TS a de sa situation. Les raisons de l'incapacité de la personne à coconstruire avec le TS peuvent être multiples, selon nous, bien que nous n'ayons pas choisi d'explorer ces vecteurs explicatifs. Pour autant, suite aux observations et aux entretiens menés, il nous semble que les TS passent plus ou moins rapidement au point de confrontation, comme nous le verrons dans la section 6.4 intitulée Composer dans la situation.

### **6.2.3. Valider**

Tous les intervenants observés et entendus partagent une même préoccupation qui consiste à valider (la demande, le point de vue du TS, l'orientation du plan d'intervention et des priorités à donner, etc.) avec la personne. Valider la demande, c'est

aussi laisser l'opportunité à la personne de formuler ce qu'elle attend, de formuler son accord sur les possibilités (pour tout ou partie) qui s'ouvrent à elle.

En amont de l'évaluation soutenue par l'OEMC, le TS valide la demande. Elle est une actualisation du besoin par rapport à l'information de la demande de service qui mandate le TS, une première estimation de ce que la personne dit de sa propre situation comme de la conscience de la suite de cette première rencontre : probablement laisser entrer les services.

Camille : Souvent aussi, pour leur donner un peu de latitude, je reprends la demande avec eux. « Moi, sur la fiche de demande que j'ai, il est indiqué tel besoin; est-ce que ça a bien été interprété, vos besoins, est-ce que c'est toujours ça? Qu'est-ce qui fait qu'au CLSC, vous avez dit : "Je veux qu'ils viennent, les gens, j'accepte qu'ils viennent me rencontrer à domicile"? » (Entretien de contexte de pratique)

En fin de rencontre, Claude explique comment fermer une entrevue, ne rien laisser dans le flou, faire la synthèse, vérifier la compréhension de ce qui est dit et, nous l'avons exposé plus haut, s'assurer du « oui assumé » avant de terminer l'échange.

Claude : Avant de raccrocher, j'essaie de faire un résumé de ce qui s'en vient, ce qui s'en vient, les étapes qui s'en viennent. « Est-ce que ça vous va? »... Je pose la question, voir si c'est correct pour eux autres... je valide. (Entretien d'explicitation)

Par contre, entre le début et la fin de la rencontre, il est nécessaire d'évaluer la portée, l'importance et la validité des informations qui proviennent de plusieurs sources (voir, entendre, sentir) qui résultent du moment de l'évaluation, mais par la suite de les croiser avec d'autres sources d'informations.

Dominique : Tu as plusieurs sources d'informations, tu sais, à laquelle tu accordes, puis dans une... démarche... d'homologation du mandat, c'est sûr qu'il faut que tu prennes ton temps (3 secondes), il faut être sur des choses. Des fois,

ça prend du temps pour valider toutes les informations que tu as des différentes sources. (Entretien d'explicitation)

Nous avons identifié trois temps de validation : la validation de la demande auprès de la personne, la validation de la compréhension des informations par la personne et la validation de la fiabilité des informations recueillies dans la collectes des données avec l'OEMC et disponibles dans le DPE, auprès des intervenants au dossier et auprès des aidants. Dans ces façons de faire, que nous venons de proposer, coconstruire, confronter et valider, les TS entendus et observés sont, tour à tour, dans ces différentes postures. Il est des moments où il faut confronter, d'autres où il faut coconstruire. Par contre, la validation est omniprésente dans les pratiques et à différents temps de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Nous constatons que l'OEMC, l'outil d'évaluation multiclientèle, soutient la collecte d'informations, puisqu'il permet au TS, dans « l'univers des listes » (Dodier, 1993, p. 70) de suivre les items (section 1.5.3 présentation de l'OEMC) qui délimitent l'axe central de la perte d'autonomie entre cognition et mobilité. Nous inspirant toujours de Dodier, nous distinguons dans la liste des items qui explorent le corps des personnes (diagnostics médicaux, traitements médicamenteux, etc.) et des items qui guident l'exploration des conditions de vie de la personne (famille, situation économique, etc.). Cette seconde composante de la liste est éminemment pertinente pour la condition du soutien à domicile. Or, s'il existe une nosographie des maladies du corps ou de l'esprit, la majorité des pathologies se déclinent en stades (1, 2, 3 ou 4), il ne semble pas exister une telle catégorisation ou caractérisation des risques à domicile. D'ailleurs, le rôle de Prisma-7, (grille d'évaluation du risque à domicile utilisée par les TS) est de dire s'il y a un risque à domicile (de niveau 1, 2, etc.) sans nommer la nature de ce risque.

Dodier mentionne que ce n'est pas que les listes de risques qui manquent mais que « le champ des risques est un univers de listes plus ou moins ciblées, émanant d'instance hétérogènes [...] du fait de la multitude des risques » (Dodier, 1993, p. 73). Nous envisageons, comme les médecins observés par Dodier, que les TS procèdent par un travail improvisé sur les mots, « les mots [que la personne] utilise pour qualifier son activité [...], [le médecin] balaie, à partir du mot, un univers des possibles. »

Selon nous, la validation menée par tous les TS correspond à ce travail à partir des mots employés par la personne et l'estimation d'un risque possible, probant dans la vie quotidienne du domicile. Et « l'habileté du médecin [pour nous du TS] consiste donc à imaginer, sur la base des repères initiaux, une liste de possibles situés au plus près de ce qu'il va finalement trouver comme risques effectifs » (Dodier, 1993, p. 74). Dans ce que nous avons observé, il nous semble que cette habileté s'exprime dans la coconstruction avec la personne âgée de la situation qui lorsqu'elle n'est pas possible (pour différentes causes) mène à la confrontation de la personne au risque identifié et nommé par le TS.

Si la liste biomédicale dessine l'axe de la mobilité à la cognition, la liste des risques dans le quotidien s'étend de l'intégrité à la sécurité de la personne. Sur chaque axe, nous identifions un facteur modulateur. Sur l'axe biomédical, il s'agit des ressources compensatrices dont dispose la personne et qui viennent compenser les déficiences de la personne. Sur l'axe du quotidien, l'instabilité serait le facteur modulateur. Toute variation à la baisse d'un de ces deux ou de ces deux facteurs modulateurs constitue un risque d'aggravation de la perte d'autonomie de la personne. Les TS expérimentés ont construit des connaissances par les rencontres interdisciplinaires comme le cumul des situations qui leur permettent de naviguer dans l'univers des listes biomédicales. Ils ont

appris par exemple qu'avec le diagnostic de telle pathologie, la stabilité va s'effondrer après un palier de quelques semaines. Ils ont rapproché certains faits. D'expérience, ils savent que telle pathologie ou telle médication peut avoir tels effets sur le comportement de la personne, etc. Par contre, les risques du quotidien mobilisent des composantes propres aux TS. Nous en identifions trois, à savoir le rapport aux droits de la personne (au sens de la *Déclaration universelle des droits de l'Homme*), le rapport à la protection de l'intégrité de la personne et ses conditions de vie psychologiques (harcèlement, négligence, maltraitance) ou conditions de vie matérielles et le rapport à la loi (*Code civil*). La question de l'intégrité de la personne serait pour nous la position médiane des TS dans le questionnement de la situation quotidienne de la personne en perte d'autonomie. Mais l'intégrité est délimité par deux bornes (Droit de la personne et droit civil). Et, certains TS sont plus orientés vers le rapport aux droits de la personne, d'autres sont plus enclins à se référer au droit civil. De ce que nous avons vu, le recours à l'outil d'évaluation ne permet pas de résoudre la question du risque dans le quotidien. « La technicité des procédures ne permet nullement de se passer d'une interrogation sur les valeurs à l'œuvre dans le fonctionnement d'un dispositif. Elle ne fait qu'en occulter la nécessité. » (Rey, 2011, p. 37)

Pour ce faire, le TS doit savoir analyser la situation, qui est la troisième étape du processus de l'évaluation. Celle-ci débute par la collecte des informations, se poursuit par la validation de celles-ci quand il s'agit de dire la situation (par coconstruction ou par confrontation). Comme avons pu le décrire, l'analyse débute avant même la collecte des informations par l'OEMC, mais comme le moment de l'utilisation de l'outil d'évaluation augmente la saisie des données, nous y retrouvons une forte intensité.

### 6.3. Savoir analyser la situation

L'évaluation diffère du diagnostic tel qu'on l'entend en médecine. Notre intérêt ici s'attache au sens du terme, faisant abstraction de l'usage réservé de diagnostic au monde médical. Pour poursuivre en substance cet argumentaire proposé par Sacha, le diagnostic d'AVC ne dit rien du maintien ou pas des capacités de la personne et de ses aptitudes au quotidien ni des conséquences physiques ou cérébrales. Il n'existe pas de diagnostic de perte d'autonomie, mais une déclinaison des pertes d'autonomie sur un continuum délimité entre deux balises délimitant l'axe de la cognition et la mobilité et celui de l'intégrité et de la sécurité de la personne comme nous venons de le voir. Autrement dit, face à une personne qui ne se lave pas, il est nécessaire d'identifier par exemple si le problème se situe au niveau de la mobilité et de son corolaire, l'environnement (par exemple, l'accessibilité de la salle de bain), ou de la cognition (par exemple, la perte du sens de l'usage de l'eau et du savon). Il faut alors savoir naviguer dans les indices, rechercher des informations pour établir des constats et donner un sens à l'activité. Dans cet exercice, le TS doit savoir soutenir son analyse par le repérage des indices pertinents pris dans la situation pour orienter la suite de son activité d'évaluation.

Sacha : On va regarder le diagnostic... il n'y en a pas. « [Elle] est en perte d'autonomie », ici, ça fait pas tout le diagnostic au SAD [...] Les deux points forts [de la perte d'autonomie] c'est : fonctions cognitives et mobilité, les autres aspects, ça gravite autour, c'est des informations... ça explique. (Entretien explicitation)

### 6.3.1. Naviguer

Par naviguer<sup>123</sup>, nous entendons cette compétence à passer de l'univers des listes à la situation que le TS a sous les yeux, de passer de son expérience dans des profils comparables à la situation ici et maintenant. Cette aptitude à naviguer du général au particulier et du particulier à des associations de situations regroupées par des traits communs, nonobstant les différences, s'apparente à la formation des préconcepts comme le propose Vygotski (1997/1934).

Avec l'OEMC, le TS fractionne l'existence en histoire médicale, vie quotidienne et domestique, familiale, sociale, économique ou encore environnement physique. Autant de thèmes primordiaux quand il s'agit d'identifier les failles d'un quotidien devenu complexe par l'imbrication des multiples dimensions de l'existence de la personne. Et l'outil sert à avoir « une manière commune de prendre appui sur les mêmes « choses » à des fins de connaissances et d'actions » (Nélisse, 1998, p. 167), soit l'harmonisation des pratiques pour certains ou sa standardisation pour d'autres. Mais cette manière commune de prendre appui sur des mêmes choses nous renvoie à Dodier, qui utilise le déplacement plutôt que la navigation.

Le médecin prend pour point de départ les repères que lui livre le salarié concernant son travail : les mots qu'il utilise pour qualifier son activité. Son déplacement [du médecin] consiste alors à utiliser des mots comme stéréotypes d'activités et à imaginer, sur cette base la liste des entités que l'on peut trouver dans ce genre de travail (objets [...], conventions [...], etc.). Il balaie, à partir du mot, un univers des possibles. Le terme employé par le salarié définit une activité

---

<sup>123</sup> Naviguer, le choix d'un terme maritime n'est certainement pas un hasard. Premièrement, l'intégration des services est riche d'emprunts au vocabulaire de la navigation, arrimer les services et donner les balises en sont les deux exemples les plus évidents. Mais certainement que pour les professionnels du SAD de TR, les termes de navigation sont plus soutenus, « ils naviguent à vue », « ils sont dans le brouillard -- sans aucune référence à l'ouvrage éponyme de Colette Pétonnet (*On est tous dans le brouillard*) -- ou la brume », mais le plus explicite est « je suis son phare », métaphore utilisée pour expliquer la place du TS auprès de l'aidante de l'époux de « La touriste mexicaine. »



type; le médecin associe à cette caractéristique une collection d'êtres pertinents (1993, p. 74).

Nous retrouvons une forte similitude dans le travail de ces médecins chargés d'évaluer la santé des salariés et de dire le risque possible dans le quotidien de leur activité avec celui des TS du SAD. Nous avons identifié la validation et l'énonciation de la demande par la personne avec ses propres mots, l'univers des listes médicales et celle, plus incertaine, des risques avec lesquels le TS investit la situation pour se faire une idée de la perte d'autonomie et de la perception qu'en a la personne elle-même.

Pour mener l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, le TS navigue entre la perte d'autonomie selon l'OEMC, la perte d'autonomie prise en compte ou en charge par les services du SAD, la perte d'autonomie telle qu'elle est vécue par la personne et par les liens qu'il fait avec son expérience et sa propre sensibilité.

### **6.3.2. Constat**

Pour les TS, l'OEMC sert à « se faire une tête » (Entretiens d'explicitation Dominique, Élie et Claude), il permet de recueillir suffisamment d'informations pour parvenir à des constats. Avec lui, les TS relèvent des faits, des indices à même la situation. Pour ce faire, ils ont navigué du général au particulier effectuant mentalement des rapprochements avec des situations connues, identiques sur certains points. L'outil est alors une mise à plat des constats relevés, mais, plus que le score, c'est l'argument qui les amène à ce score qui prime, ce que Camille développe en disant :

Camille : Ce qui est important, ce n'est pas ce qui est coché [-1 et -2 dans la cotation de l'OEMC], mais, ce qui est important c'est de comprendre que j'ai coché ça à cause de mon commentaire. (Entretien de récit de pratique)

L'outil permet de fractionner, nous venons de le voir, l'existence de la personne, d'en dresser le portrait factuel au regard de la question de l'autonomie fonctionnelle et, par le fait même fait preuve et produit une légitimité pour intervenir (Couturier, 2006). Cette description, parfois minutieuse, va soutenir les cotations choisies dans l'OEMC. Rappelons-nous que, dans l'OEMC, les cotations de la partie SMAF vont livrer un score (Iso-SMAF) qui détermine formellement les types de besoins et le niveau de services approprié. Dans cette cotation, le contexte de vie de la personne compte. Si cette dernière est seule, isolée (sans ressource humaine mobilisable à proximité) et à domicile, ces conditions peuvent conduire à augmenter la perception du besoin et influencer le score Iso-SMAF. Les arguments notés viennent soutenir la recommandation de services que parfois le score ne justifie pas à lui seul.

### **6.3.3. Donner sens**

La cotation qui résulte de l'OEMC ne donne pas accès à une analyse de la situation et les données passées au crible de l'outil n'ont pas spontanément de sens. C'est au TS, par son raisonnement clinique, qu'il revient de faire sens. Ainsi, avec l'OEMC, il liste des éléments qui deviennent des indices d'une perte d'autonomie si et seulement si ces éléments sont signifiants pour le TS. Ces éléments épars car issus des différentes sections qui composent l'OEMC doivent être assemblés et recomposés. Sans le raisonnement clinique du TS, l'outil ne permet pas d'identifier ce qui nuit aux activités du quotidien et d'y remédier. À partir de ces données, le TS opère des regroupements, crée des associations entre des indices parfois dispersés dans les sections de l'OEMC :

Sacha : Il y a des éléments qui nous faisaient penser que ça pouvait être une démence, étant donné... c'est arrivé soudainement. En même temps, c'est une dame hyper lucide, sauf quand les voix... [Madame a des hallucinations

auditives], l'ajustement de la médication, où est-ce que là...on a quand même beaucoup dosé madame...

M : Donc là, ce qui allume, c'est que 15 jours avant, madame était mobile, parfaitement mobile ?

Sacha : C'est ça! (Entretien d'explicitation)

Ces liens constituent des associations, sortes de classifications préconceptuelles (Vygotsky, 1997) de la perte d'autonomie qui dépassent l'outil et qui reposent sur l'expérience du TS. Les données collectées par l'OEMC renseignent sur la désorientation et le praticien sait d'expérience(s) qu'en rapprochant tel et tel aspect de la situation, il en arrivera probablement à l'homologation du mandat en cas d'inaptitude face à ce qui commence à ressembler à des pertes cognitives. Reste à déterminer quand aller en homologation de mandat, ce qui revient à écrire : à partir de quels indices? Nous retenons que cette création de sens ne débute pas dans ce qui est présenté ici comme un troisième mouvement du savoir, analyser la situation. Force est de constater qu'elle est présente à l'activité du TS dès le début du processus de l'évaluation dans la quête de l'information pertinente.

Alors qu'ils collectent les données avec l'OEMC, entre ce qui est vu, entendu et senti dans la situation, les TS croisent les informations, évoquent le doute. Dans la mise à plat des différents segments de la vie opérée par l'OEMC, « Ça ne colle pas » ou, comme le dit Claude : « Oups! Je me rends compte que je ne peux pas... je ne peux pas prendre de décision comme ça... je dois aller fouiller un petit peu plus loin » (Entretien explicitation).

Dans les écrits scientifiques recensés comme dans la collecte des données, l'identification des savoirs mobilisés dans l'activité d'évaluation par les TS est une

interrogation persistante, une forme d'impensé, mise à part ce que contiennent les outils d'évaluation. Nous proposons de reconstruire certains savoirs à partir du moment de la rupture, du doute émis par le TS, de la dissonance cognitive s'insérant entre le jugement clinique et l'usage de l'outil d'évaluation. Partant de là, le TS doit composer avec la situation. Nous développerons dans les prochaines pages les différents sens de cette composition. Nous verrons dans un second niveau de compréhension la réception faite par les groupes de discussion des résultats préliminaires à ce propos, pour terminer sur une relecture des savoirs mobilisés au travers du concept de médiation.

Ce deuxième objectif considère le TS, individuellement, en situation de pratique évaluative. Cela suppose qu'il soit observé en activité et interrogé sur l'activité afin d'explicitier comment il conduit son évaluation. Ces savoirs étant des savoirs dans la sphère de l'activité professionnelle, nous devons passer de la pratique individuelle à une pratique partagée, voire collective ou reconnue comme telle.

Mais l'objectif ainsi formulé n'est pas directement accessible à partir des matériaux collectés. En effet, les TS reconnaissent des façons de faire dans la pratique de l'autre (entretiens croisés), reconnaissent à l'issue des premiers éléments d'analyse la pratique du SAD (groupe de discussion. TS). Toutefois, ils ne parviennent pas à passer de la description à une énonciation conceptualisante de leur activité. Les savoirs de l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle mobilisés par les TS ne sont donc pas accessibles directement, au moins pour une part importante.

D'ailleurs, les matériaux en témoignent. Dans les entretiens, les TS vont parfois jusqu'à mettre en scène les dialogues pour contourner le travail de conceptualisation (« Je lui

dis » / « Elle me dit ») (Camille), minent les gestes « raccrocher le téléphone » (Claude et Élie) et les postures « de refus » (Charlie) ou encore usent de métaphores comme « jouer de la guitare en chantant » (Dominique). Cette difficulté à conceptualiser est connue pour les praticiens. Mais, plus surprenant pour nous, le groupe de discussion avec les enseignants va dans le même sens. La question du savoir dans l'activité apparaît difficilement dicible, ce qui soulève la question du rapport au savoir des TS. Ainsi, en raison de cette difficulté, l'objectif de la thèse visant à « reconstruire certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle » doit être appréhendé en deux temps :

- 1- Identifier des matériaux conceptuels (ou préconceptuels) pour caractériser le rapport au savoir des TS.
- 2- Concevoir ces matériaux comme révélateurs des médiations à l'œuvre dans l'évaluation.

Dans le temps de la collecte des informations, les TS utilisent de manière adaptative l'OEMC pour passer au travers des différentes dimensions du quotidien (santé, vie familiale, AVQ, AVD, etc.) jusqu'à ce qu'un élément dissonant les fasse entrer dans un second niveau d'évaluation. Nous pourrions dire qu'avant cette dissonance, le TS investit la situation d'une personne dont le quotidien est problématique (objectivé par des diagnostics médicaux en règle générale). Il est alors appelé à identifier les obstacles qui nuisent à son autonomie fonctionnelle pour les résoudre (lui-même ou par l'intermédiaire des services compensatoires qu'il proposera). Les participants sont sur un mode d'intervention proche de la résolution de problème.

La dissonance apparaît, dans l'activité du TS, comme un point de rupture. Celle-ci n'est pas inscrite dans le temps comme moment de l'activité, elle serait plus le repérage par le TS d'un évènement qui s'oppose à la poursuite de la collecte d'informations et rend la perception de la situation plus complexe. Certes, le problème à résoudre est toujours présent et identifié, mais il est rendu inaccessible, par exemple par le refus de services (« La dame qui commence par dire non »). Dans d'autres cas, le problème énoncé qui a légitimé l'intervention du TS n'est pas le cœur de la situation. L'entretien croisé entre Claude et Camille en fait l'illustration :

Claude : OK, [Madame] on l'appelle Daisy [« Les aidants épuisés qui menacent »]. D'abord, la demande initiale, c'est le beau-fils [...] appelle à l'accueil un vendredi pour dire que sa belle-mère [...] déménage dans une résidence privée qui est sur le territoire du CSSS... Il demande des équipements [...] elle avait été évaluée par l'ergo et elle avait besoin d'un lit électrique et d'un fauteuil roulant. Voilà, c'était comme ça, la demande... demande assez simple, dans le fond... Moi, je lui dis que je vais lui redonner des nouvelles la semaine prochaine et que j'attends l'évaluation de l'ergo...ça me prenait comme une preuve pour confirmer la demande. (Entretien croisé Claude et Camille)

L'activité dans la situation est relativement simple : pour permettre l'arrivée de Daisy dans sa nouvelle résidence, des équipements validés par l'ergothérapeute sont indispensables. Claude poursuit :

Claude : Ça, c'est le vendredi. Le mardi suivant... moi, je n'avais pas encore reçu les évaluations [de l'ergothérapeute pour valider la demande de lit qui est indispensable], je prends les messages ... sur le répondeur... le même beau-fils, mais vraiment un message agressif : « J'attends de vos nouvelles! » [Fait mine de hurler] mais avec le ton, vraiment... « Je n'ai rien, je n'ai pas eu d'appel! » [Fait mine de hurler] (Entretien croisé Claude et Camille).

La violence verbale du message laissé sur le répondeur donne une autre dimension à la situation et, finalement, si la recherche des équipements suit son cours, la communication avec les aidants paraît difficile.

Claude : J'ai perçu une grande détresse chez ces hommes-là, une grande fatigue de s'occuper de la madame... Tu sais, je pense qu'il y avait quelque chose en dessous de ça... Eux autres, ils sont dans les plaintes... tout ça, mais, en dessous, j'ai vu un épuisement... total, je pense... le fils, il n'était même pas capable de parler, il faisait faire les démarches par son chum... (Entretien croisé Claude et Camille).

De plus, les aidants entrent dans la catégorie d'usagers ayant déjà porté plainte contre des professionnels du réseau :

Claude : Je trouvais qu'on aurait pu se parler autrement... Moi, dans le fond... j'ai... j'ai effacé le message... comme *tabarouette*, on se calme!! Puis, je suis allée voir dans le dossier de la madame dans le DPE... et puis, il y a un historique de plaintes dans cette famille-là, ils font des plaintes partout où elle passe. (Entretien croisé Claude et Camille).

Bien que Claude ait trouvé des solutions pour les questions matérielles, finalement, Madame [« Les aidants épuisés qui menacent »] ne viendra pas sur le territoire du CSSS. Par contre, ce qui a fait dissonance dans la situation, soit l'agressivité du message laissé sur la boîte vocale, est interprété par Claude comme un signe patent d'épuisement chez les aidants. Cet élément ne sera pas laissé sans suite :

Claude : Je me suis comme arrangée avec la TS [du CSSS de résidence de Daisy, « Les aidants épuisés qui menacent »] pour qu'elle leur suggère, elle, de son bord, puisqu'elle allait les ré-rencontrer... suivre ça ... je me suis dit : « Peut-être qu'ils n'accepteront pas », mais je pense qu'il y a un épuisement total... de leur côté... aux deux... parce que pour péter les plombs de même... en tout cas! (Entretien croisé Claude et Camille).

L'agressivité que doit gérer Claude fait passer son activité d'un niveau de résolution matérielle du problème à la nécessité de comprendre, donner ou trouver un sens à cette agressivité. Dans cette même activité, la demande initiale est traitée, somme toute, aisément. L'agressivité des aidants est un point différent de la perte d'autonomie de Daisy mais présent dans la situation. Le TS ne peut poursuivre son activité en occultant l'agressivité et vient compliquer ce que le TS a à faire. L'entretien croisé regroupe

Claude et Camille. Ce dernier a vécu la semaine qui précède l'entretien une situation d'agressivité et de menace de la part d'un aidant similaire. Nous leur proposons alors dans l'entretien de voir ensemble ce qu'ils font dans ces échanges conflictuels<sup>124</sup> :

M : Toutes ces démarches pour arriver à savoir à peu près c'était quoi la demande et voir comment naviguer avec ce dossier [...] tu [Claude] le fais dans tous les dossiers, mais là, tu dis à la personne ce que tu fais pour ...

Claude : Hum... mais j'ai tout ça en tête quand je parle aux gens, je sais que je me donne tant de jours ... pour les rappeler et tout ça, mais ceux qui disaient... Tu sais, il y a des gens : « C'est bien beau! »

Camille : Oui! Et d'autres qui sont anxieux et qui ont besoin d'une réponse, là!

Claude : Oui, oui ... On sait comment les repérer, là, les anxieux! Quand ça ne marche pas *pantoute* ! J'essaye d'être plus balisée [...] puis on ne sait pas ce qu'ils ont vécu, ça a peut-être été l'enfer à l'hôpital.

M : Vous êtes sensibles tous les deux à l'agressivité de la demande... Le fait que Claude ait balisé...

Camille : De structurer, ça amène une certaine protection... ça permet au fils de donner plus de contrôle sur la situation

M : Donc, on donne plus de contrôle au contrôlant?

Camille : Il est ravi... « Tu m'as dit que tu m'appelles jeudi... tu m'as dit jeudi? » Dans sa tête, ça doit faire : « Tu vas voir si tu ne m'appelles pas jeudi »! Mais s'il rappelle dans les temps prévus...

Claude : Oh! Oui!!! C'est ce qu'il veut. Il est satisfait.

Camille : C'est primordial... Vous devriez voir les notes que j'ai en parallèle à l'histoire que j'ai racontée... Il y a du verbatim... il y a... justement, quand c'est sujet à plainte... en plus, ils le verbalisent... il faudrait être un peu con pour pas... (Entretien croisé Claude et Camille).

Nous identifions ici deux mouvements dans l'évaluation : le premier concerne l'objet de la demande, soit le lit électrique pour Madame et le second, la dimension relationnelle, plus délicate dans cette situation. Pour obtenir l'objet de la demande, soit le lit électrique, Claude démontre sa connaissance des procédures : avoir en main la demande de l'ergothérapeute du CSSS d'origine, demander le DPE transmis par télécopieur, contacter les services de prêt d'équipement, voir les conditions (durée/coût/conditions de

<sup>124</sup> Nous avons regroupé certaines interactions pour condenser la durée de l'échange.



livraison), trouver une solution de secours pour le lit compte tenu des délais du service de prêt, etc. Claude démontre aussi sa connaissance du réseau; il sait comment contacter telle personne pour avoir des renseignements plus que telle autre pourtant dans le même service mais quelle sait moins réactive peut-être à ses demandes (Observation Claude).

En parallèle, l'agressivité du ton, les mots de menaces proférés, constituent le point de dissonance cognitive. Il concerne la dimension relationnelle avec les aidants. Claude n'en reste pas au constat du ton du message, mais en croisant les informations, elle parvient à reprendre la communication avec les aidants, donne à ce message un statut d'indice clinique de la situation d'épuisement de la famille. Enfin, cette composante de la situation l'oblige à prendre la menace de plainte au sérieux. Nous avons pu observer que, pour toutes les situations, Claude, comme les autres TS, fait une multitude de petites choses, mais, par contre, ce qui est transmis à la personne ou encore rédigé dans la note témoigne uniquement de l'issue de ces microactivités. Avec « Les aidants épuisés qui menacent » Claude les note toutes et communique avec eux à des échéances fixées d'une rencontre à l'autre selon l'avancée des choses. Claude fait montre de sa maîtrise de la composante relationnelle (rappeler-noter-expliquer ce qui est fait entre deux appels, donner les échéances de ses retours d'appels, etc.) pour donner aux aidants d'avoir une prise sur la situation autrement que par la menace.

L'entretien croisé regroupe Claude et Camille. Ce dispositif les fait passer de la description de ce qui est fait, quand il faut composer avec l'agressivité des aidants, à une covalidation de leur façon de faire : repérer les anxieux, comme le dit Camille, et structurer, baliser ce qui est fait, pour donner à la personne une part de contrôle sur la situation.

Dans la situation avec « Les aidants épuisés qui menacent », la demande directement en lien avec la perte d'autonomie de madame est simple à résoudre. Par contre, pour les aidants épuisés, le poids de cette même perte d'autonomie s'exprime par la violence verbale. La dimension relationnelle apparaît nettement plus complexe. Claude n'en reste pas à ce qui est dit ni au registre agressif employé, mais il trouve dans les interventions des aidants épuisés l'expression d'un indicateur de fatigue<sup>125</sup>. On le voit, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est toujours conditionnelle à la situation.

#### **6.4. Savoir composer dans la situation**

À partir de la dissonance, le TS doit donc savoir composer. Or, dans la situation, l'élément qui fait dissonance et fait passer l'évaluation à un autre plan peut se révéler en divers « endroits. » À partir des données collectées lors de l'activité générique d'évaluer, sans intention à priori plus spécifique que celle de connaître la situation clinique, le TS doit savoir composer avec la personne, avec l'entourage et avec lui-même.

##### **6.4.1. Savoir composer avec la personne**

Quelle que soit la raison pour laquelle le TS est appelé à évaluer, il doit composer avec la personne. Dans les métiers relationnels, cette introduction semble aller de soi. Parfois, il paraît relativement simple de résoudre le problème identifié suite à la passation de l'OEMC. Tel problème de mobilité pourrait être résolu par tel soutien technique ou telle mobilisation de la personne, de l'entourage, etc. Si l'évaluation était une procédure technique visant à identifier la solution à chaque problème, il ne serait pas nécessaire de composer avec le facteur humain. Or, le TS peut difficilement passer outre cette

---

<sup>125</sup> Claude communique avec le TS qui dans son CSSS prend en charge Madame pour lui faire part de la situation d'épuisement des aidants et lui suggère de les rencontrer à ce sujet rapidement.

composante humaine pour arriver à évaluer globalement la situation clinique. Le formulaire de consentement a beau avoir été signé et le TS a beau maîtriser l'OEMC, le premier défi de l'évaluation est d'accéder au sens que la personne donne à sa perte d'autonomie.

#### **6.4.1.1. *Savoir entrer malgré les attitudes de refus***

Les observations nous conduisent à identifier deux situations de refus pour lesquelles l'évaluateur doit déployer un savoir pratique.

Avec « La dame qui commence par dire non » (Observation Charlie; Entretien d'explicitation Charlie), chaque service doit faire l'objet d'une exposition quasi imposée, comme un test. Il sera accepté si le fils plus que la fille est l'allié de Charlie. C'est en imposant un service, juste pour quelques temps, en le lui faisant expérimenter, que certains services sont maintenus ou supprimés. Mais Madame conserve le pouvoir d'accepter ou de refuser. Donc, Charlie cible le service, même minime, que Madame va accepter de faire entrer pour une fois dans son domicile, par la suite pouvoir en augmenter progressivement l'intensité. Pour en arriver là, Charlie a dû comprendre les ressorts de la colère de Madame. Au moment où le TS entre au dossier, elle vient de perdre son permis de conduire suite à une évaluation faite par le médecin. De plus, elle supporte mal la rotation des infirmières qui viennent faire ses soins. Charlie tend à apaiser cette colère en proposant l'intervention d'un bénévole qui va venir l'accompagner dans ses déplacements (courses, bingo, etc.) en substitution au retrait de son permis de conduire. Il a aussi demandé une permanence des infirmières à domicile pour limiter la frustration de madame. Enfin, il a dû faire ses preuves de fiabilité en répondant à l'urgence (débordement du sac de stomie) à la demande de madame. En accédant aux besoins exprimés par cette dernière, Charlie peut progressivement avancer sur les besoins qui ont été identifiés par l'OEMC. En validant les effets positifs de ceux mis en place, Charlie peut imposer « pour essayer » ceux qui semblent complémentaires, les enlever puis les remettre jusqu'à ce que madame elle-même y voie un bienfait. Mais,

avant d'avancer dans le soutien que Charlie estime nécessaire, il faut entendre la colère, l'apaiser en limitant la portée de l'irritant pour pouvoir intervenir.

Le maintien à domicile de madame devient chaque mois plus lourd au domicile du « Couple qui a fait un pacte ». Selon les critères du SAD, madame « coterait » CHSLD<sup>126</sup>. Charlie soutient au mieux le conjoint, lui permettant de respecter son pacte d'entraide à domicile jusqu'au bout, et donc de refuser encore l'entrée en institution de son épouse. Le refus vient du conjoint, la perte d'autonomie de madame ne lui permet plus de se déplacer, de s'exprimer. Le SAD accorde des services, non sans insister auprès de Charlie à chaque demande ou renouvellement de services que le cas « cote CHSLD ». En jonglant avec les aides du SAD, celles mises en place par lui-même, le conjoint qui est toujours en emploi peut encore porter la situation, mais à bout de bras. Charlie prend en considération le pacte passé au sein du couple au début de la perte d'autonomie de madame. Il y a deux refus dans ce refus, celui de monsieur, mais aussi celui de Charlie. La situation à domicile constitue un risque pour madame, risque que monsieur endosse encore, risque aussi déontologique pour Charlie vis-à-vis du SAD qui tire régulièrement la sonnette d'alarme par le volume d'aide accordée. Le TS est de plus en plus tiraillé entre le soutien qu'il peut apporter à madame et à son conjoint et les normes administratives de son service.

Le TS doit composer avec l'opposition de la personne. L'évaluation est l'occasion de comprendre où se situe sa résistance. En dehors de cette démarche compréhensive, qui demande au TS de faire des concessions, celui-ci aurait fait une évaluation technique sans pour autant avoir maintenu le lien avec la personne et, ce faisant, ne serait pas parvenu à entrer dans la situation. Mais cette prise de position du TS donne lieu à un dilemme éthique, que Dominique exprime par la distance les situations rencontrées des principes théoriques de l'*empowerment* :

Dominique : On est avec des personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, donc il y a des facteurs de risque qu'on ne peut pas juste laisser aller, tasser, de ne pas s'en préoccuper. On a comme un dilemme éthique, comme de sécurité, une personne par exemple qui est isolée [référence à une visite à domicile], qui ne reconnaît pas les problèmes de feu. Je ne peux pas juste dire : « Ben, *coudon!* J'ai pas réussi à créer mon lien de confiance, elle veut pas changer, elle est bien chez eux, elle veut pas changer la situation, elle accepte pas mes

---

<sup>126</sup> « Coter CHSLD » s'entend d'une part selon le score Iso-SMAF de 10 à 14 et d'autre part selon le volume horaire hebdomadaire accordé en soins et services à domicile. Quand les services à domicile avoisinent ou dépassent 30 heures d'aide par semaine, la situation n'est plus, selon l'expression du milieu, « un cas de soutien à domicile. »

recommandations, elle ne veut même pas me revoir... je ne peux pas l'aider, c'est ça comme ça et le monde est *too bad* »... Tu sais, on n'est pas... on prend de la distance par rapport à ce qu'on voit à l'école ... c'est de l'*empowerment*, si la personne veut pas se prendre en charge et veut pas s'aider.

M : Il y a le piège de laisser à la personne le libre choix?

Dominique : On peut jusqu'à une certaine mesure [...] tu ne peux pas le laisser là... il va mourir là... On est traversé aussi par les enjeux, OK, on va travailler avec jusqu'à une certaine mesure, et puis, si ça ne fonctionne pas, bien, on va faire autrement. (Entretien de contexte de pratique)

Ainsi, on ne peut pas seulement constater la situation de refus et cette condition posée par la personne pousse, comme nous dit Dominique, à « faire autrement. » Les TS confrontés à la résistance de la personne, qui s'oppose par exemple à faire entrer les services à domicile, qui refuse la délocalisation vers une résidence ou un CHSLD, ou qui se trouve dans l'incapacité cognitive de saisir les risques à domicile tentent de concilier les intérêts de la personne et ses choix ou aspirations. Cette démarche est fondatrice de l'intervention sociale et répond au principe d'*empowerment*, pour reprendre le terme de Dominique, ou d'autonomisation des personnes. Force est de constater avec Dominique que les principes à l'épreuve du quotidien sont parfois difficilement tenables et donnent lieu à un nouveau niveau de raisonnement dans l'activité qui n'est plus seulement construite à partir de la situation mais qui la relie au cadre professionnel du TS. C'est un niveau de raisonnement qui questionne à la fois la dimension éthique et la dimension déontologique à partir de la situation.

#### **6.4.1.2. Savoir questionner le quotidien des PA**

Lorsque Élie rencontre pour l'OEMC « La dame obèse qui ne mangeait pas » (Entretien croisé Élie et Charlie) pour la première fois, il est devant un mystère. Dans la rubrique alimentation de l'OEMC, Madame déclare manger une fois ou deux par semaine au restaurant avec une amie qui s'assure ainsi de son alimentation minimale. Or, Madame

est en surpoids et les professionnels de la santé préfèrent ne pas la faire monter sur la balance car ils sont persuadés de dépasser les capacités du pèse-personne.

Élie prend le temps d'investir les habitudes de vie, englobant les comportements alimentaires. Obèse et diabétique, Madame consomme presque exclusivement de la liqueur (plusieurs litres par jour) sans vraiment faire de lien entre liqueur, obésité et diabète d'un côté et caféine à forte dose et inappétence de l'autre. Au travers des réponses que Madame donne, Élie relance les questions, lui laissant dire comment elle fait pour ne pas manger plus que deux repas par semaine afin de pouvoir dresser un portrait de la question alimentaire centrale pour Madame (diabète-charge pondérale-articulations-chutes). Depuis que ses deux parents sont décédés, Madame ne fait plus vraiment de repas et, quand elle se met en cuisine, c'est pour faire du sucre à la crème.

Pour accéder à ces informations, Élie a su questionner les habitudes de Madame. Quand elle cuisine, qu'est-ce qu'elle cuisine? A-t-elle eu toujours aussi peu d'appétit? Le TS qui connaît les recommandations nutritionnelles aurait pu donner des conseils (manger tous les jours, plusieurs fois par jour, envisager la popote roulante, etc.), il n'intervient pas pour répondre au désordre alimentaire de Madame, il l'investit pour mieux comprendre les leviers d'intervention qu'il pourra utiliser par la suite.

L'incompréhension est aussi présente chez le couple qui semble s'accommoder de l'insalubrité du logement dans la situation « Incontinences humaine et canine ». Dominique est appelé en urgence, les intervenants qui vont à domicile sont à bout. Le couple accueille froidement ses questions et ses remarques sur l'état des lieux semblent sans effet. Mais quand Dominique signifie que ce ne sont pas là des conditions de vie

pour leur chien, le couple réagit. La technique de Dominique, en décentrant les personnes de leurs conditions d'hygiène, questionne celles de leur animal de compagnie. Le couple saisit mieux le sens de l'intervention des services sociaux, alors que les infirmières et les aides à domicile se plaignent de leurs conditions d'intervention depuis des semaines. Dominique dit aux deux personnes que ce qui est acceptable pour elles et qui relève de leur choix, n'est pas celui de leur chien, ni celui des intervenants à domicile. Dans cette situation, pour Dominique, savoir questionner suppose en premier lieu avoir une prise à partir de laquelle le couple va entendre le sens des questions, le sens des préoccupations à leur endroit.

Enfin, une chute de trop perturbe la vie de « Princesse », une dame très indépendante qui nie son incontinence urinaire (Observation Élie; Entretien de récit de pratique Élie; Entretien d'explicitation Élie). L'incontinence nocturne de « Princesse » est validée par les intervenants. Or, madame trouve toujours un argument pour expliquer que c'est un incident dont la responsabilité ne lui revient pas : le personnel est venu trop tard pour l'aider à se lever...les matins où elle reconnaît avoir mouillé le lit. Par ailleurs, c'est une personne qui n'est pas incohérente, loin de là. Élie doit comprendre où se situe la résistance de madame devant ce fait avéré : chaque matin, son lit est entièrement imbibé d'urine. Le TS devra trouver une manière d'aborder l'incontinence afin de compléter l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de « Princesse. » Et la solution technique qui consiste à proposer une couche ne clarifie en rien la réticence de madame à envisager les conditions maintenant nécessaires à soutien à domicile.

L'évaluation suppose la collecte d'informations auprès de la personne. Lorsque le TS questionne à partir de l'OEMC, certaines réponses l'amènent à entrer dans un autre

niveau de questionnement qui n'est plus conduit par l'OEMC mais qui lui permet de comprendre un des éléments de réponse qui lui semble dissonant, « quelque chose qui ne colle pas », comme nous l'avons dit. Savoir questionner suppose alors de laisser répondre la personne, la relancer à partir de ses réponses y compris dans des habitudes incohérentes (« La dame obèse qui ne mangeait pas ») pour parvenir à une représentation du point de vue de la personne. Et en cas d'échec, il faut savoir changer son registre de questionnement pour parvenir à rejoindre la personne (« Incontinences humaine et canine »).

Qu'il s'agisse de savoir entrer malgré le refus de la personne ou de savoir questionner la personne, nous sommes ici sur des façons de faire, construites par les TS au fil de leur expérience qui ont une même finalité : conserver les liens avec la personne âgée. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est une activité en interaction avec la personne, avec ses aidants. Nous y reviendrons plus loin. Si le TS ne parvient pas à entrer dans le domicile, à questionner la situation, il ne peut poursuivre les finalités de son activité : évaluer pour compenser la perte d'autonomie. Pour ce faire, le TS a besoin d'avoir un interlocuteur, la personne âgée, et s'il n'y parvient pas, l'évaluation ne peut se poursuivre. Nous ne traitons pas des conséquences probables pour la personne âgée et son aidant.

Par contre, l'échec de l'évaluation représente un enjeu déontologique pour le TS comme le service. En effet, si la situation pour laquelle une demande a été formulée parce que la personne âgée est à risque (quel que soit le risque) et que le TS envoyé sur le terrain n'est pas parvenu à entrer dans le domicile, à entrer en contact avec la personne, le TS revient au SAD en formulant le refus de la personne. Mais si, d'aventure, quelques



temps plus tard, la même personne fait la une des journaux pour avoir mis le feu à sa maison ou « est retrouvée au petit matin en pyjama dans un banc de neige »<sup>127</sup>, le SAD et le TS devront s'expliquer. L'interventionnisme que l'on peut trouver dans certaines issues des évaluations trouve pour une part son explication dans ce raisonnement déontologique. Il est donc nécessaire dans et au terme de l'évaluation de pouvoir estimer jusqu'où la personne est en mesure de décider pour elle-même.

#### **6.4.1.3. *Savoir identifier jusqu'où la personne est en mesure de décider***

Cette question, présente tout au long de la collecte des données, nous a amenée à proposer le terme de dissonance dans l'activité du TS. Et l'évènement qui fait dissonance dépend du TS, de ce qui a du sens, le tient dans une démarche de coconstruction. Ce « n'a plus de bon sens » fait entrer plus ou moins rapidement le TS dans le déroulement de son activité dans un mode résolution. Le seuil de tolérance des TS est mis à l'épreuve. Nous illustrons ce point avec l'évaluation de situations d'autonégligence et de situations de maltraitance.

##### 6.4.1.3.1. Les situations d'autonégligence

L'autonégligence est l'exemple de situation générique qui met à l'épreuve le seuil de tolérance des participants :

- « Incontinences humaine et canine » (Dominique);
- « Le frère, la sœur et les deux chiens » (Camille).

Nous résumons la situation où Camille est appelé car les personnels qui donnent l'aide à la toilette n'en peuvent plus de ces conditions de travail : il leur faut mettre genou à terre pour laver la personne, qui est debout devant l'évier de la cuisine (Observation, « Le

---

<sup>127</sup> Cet exemple est expressément pris par Camille lors d'un de nos échanges informels.

frère, la sœur et les deux chiens »). L'insalubrité est très avancée : « à deux doigts de l'intervention des services municipaux », dit Camille (Observation). Ce TS propose de les soutenir en matière d'hygiène en formulant des objectifs à court terme : « Est-ce que vous pensez, dans deux semaines, être capable d'avoir fait telle ou telle chose? » En attendant, les services d'aide au bain sont suspendus. De retour du domicile en voiture, Camille explique sa posture : faire intervenir les services d'hygiène ne va pas résoudre la plongée dans la négligence du frère et de la sœur mais seulement enlever les immondices qui s'accumulent. Ils ont perdu pied, ce qui requiert une intervention plus globale. Camille va revenir dans deux semaines pour voir où ils en sont, évaluer s'ils ont repris leur vie en main, petit bout par petit bout.

Dans un dossier similaire, Dominique est appelé à intervenir en urgence par les soins infirmiers :

Dominique : Donc, on parle d'un 2½ rempli de... merde [...], de chien et d'humain, dame de 82 ans, diabétique, insuffisance cardiaque ou veineuse, ça reste à voir, qui habite avec son conjoint qui, drôlement, est plus propre que madame, c'est spécial. Beau chien là-dedans, un shiatsu [...]. Donc, je l'ai appelée, j'ai pris rendez-vous avec elle pour évaluer la situation [...], il n'y a pas de réticence de tout ça...on s'est présenté à domicile... bien, juste en voyant le milieu de vie, t'a pas le choix d'être sensible!! [Il montre les photos]

Sacha : Oh ! Mon Dieu !!

Dominique : En fait... pour aller plus vite, là ... j'ai confronté... tu sais, j'étais pas là pour créer un lien de confiance... j'ai dit : « Écoutez, ça n'a pas de bon sens, cette situation-là ! Je vous donne deux options; la dernière option, c'est que j'appelle la SPCA et ils viennent chercher votre animal parce que c'est pas un milieu de vie pour lui, et j'appelle la ville et il va s'en suivre une série de mesures pour l'expulsion. » (Entretien croisé Dominique et Sacha)

Nous retrouvons les deux orientations mais qui partent dans des directions opposées, soit construire avec les personnes et résoudre la situation. Dans la première option, la coconstruction est manifeste, et dans la seconde, la confrontation l'est tout autant.

#### 6.4.1.3.2. Les situations de maltraitance

Les deux situations de maltraitance relatées par Camille et Dominique ont une composante financière indéniable. Dans le premier cas, Camille entre dans une tentative de médiation. Dans le second cas, le point d'entrée est l'homologation du mandat en cas d'inaptitude qui va mener Dominique jusqu'à la cour de justice, comme nous l'avons développé plus haut.

Camille : Madame [« La mère et la fille copropriétaires »] me dit que son aidante principale est sa fille, fille à qui elle paye les assurances moto, l'épicerie et, la plupart du temps, son loyer. [...] On parle beaucoup de coûts-bénéfices au niveau de la maltraitance... [Madame], dans les coûts-bénéfices, elle reconnaît qu'elle est vraiment dedans, là. Elle reconnaît que sa fille est abusive... abusive financière, dans les demandes financières, mais, en contrepartie, elle la sort, elle l'amène manger, là... Elle lui fait ses commissions [...] On a eu quelques rencontres familiales, elle et sa mère. [...] Les vraies affaires se disaient, et moi, j'avais vraiment un rôle de médiation : « Vous vous dites les vraies affaires dans le respect, pas de cris, pas de sacres, et puis on s'exprime! » (Entretien croisé Camille et Claude)

Ainsi, dans le dossier de « La touriste mexicaine », quand l'opposition entre la fille et la mère explose, Dominique indique ainsi ce qu'il fait :

Dominique : Je me recentre sur la tâche, aussi.

M : Ça veut dire que?

Dominique : Ça veut dire, les raisons de ma présence, les raisons de mon service, des fois, quand ça devient, quand ça déborde, les surcharges d'émotions où ça devient incontrôlable, on revient sur les raisons, pourquoi on vient là, les raisons, il faut du recadrage... (Entretien d'explicitation)

Nous retrouvons dans ces deux extraits les mêmes orientations contrastées entre résoudre, qui peut être entendu dans l'extrait précédent comme se recentrer sur la tâche ou construire avec la personne. Cette navigation entre résoudre et construire proposée au groupe de discussion avec les TS a été considérée comme permettant de dire une part de leur pratique.

Dominique : C'est le fun, et l'effet pertinent des tableaux, ça vient comme conceptualiser, dans le fond, ce qu'on est en train de faire sans trop en être conscient. On agit beaucoup sans réfléchir. Dans le fond, c'est beaucoup l'expérience qui parle, mais pourquoi on est rendu là dans l'agir comme ça. De mettre des mots sur ce qu'on fait au quotidien, ce n'est pas évident. Si tu t'en reviens sur les acétates où tu dis... je sais plus laquelle... où tu valides... je sais pas si tu peux revenir...

Charlie : Où tu fais reformuler...

M : Oui, validation avec la personne [Diapo 23. Annexe 12 Powerpoint groupe de discussion]

Dominique : Oui! C'est ça, coconstruction, confrontation, validation, c'est des choses qui sont quand même claires.

Charlie : C'est des choses qu'on sait, mais qu'on ne nomme pas, nous! On le fait machinalement.

Dominique : On le fait, on va essayer d'aller chercher la personne, voir ce que elle pense de la situation... Tu sais, moi, je trouve que c'est aidant de le voir. (Groupe de discussion).

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle trouve souvent dans le discours des TS entendus ses limites aux confins de la perte cognitive. En mettant en perspective les tenants de l'évaluation en prenant en compte la personne qui est en situation de perte d'autonomie, premièrement, force est de constater que l'OEMC a retrouvé son statut d'outil, et deuxièmement, les TS sont sans cesse dans une estimation de leur propre activité dans la situation délimitée par le raisonnement éthique et le raisonnement déontologique, qui sont plus complémentaires que contradictoires dans le raisonnement des TS. Nous allons voir comment des situations similaires par leurs composantes génèrent des approches différentes selon le TS.

#### **6.4.2. Savoir composer à partir de l'entourage des personnes**

La part des aidants est déterminante dans les conditions du soutien à domicile et le SAD leur accorde aujourd'hui une place majeure. Le soutien apporté aux aidants prend parfois le pas sur l'aide au soutien à l'autonomie de la personne pour qui le dossier est ouvert.

L'organisation compte sur les aidants pour effectuer, en relai des professionnels du réseau public, certains actes assurés<sup>128</sup>. Pour la personne âgée, pouvoir compter ou pas sur l'entourage ou sur un proche significativement aidant fait partie à la fois de la situation et du contexte. Dans la situation, le TS va pouvoir composer avec ce soutien et jongler avec les normes du SAD dépendant du contexte politique et des aides (répit accordé, aides financières, etc.) qui existent mais dont les conditions d'attribution en volume et en durée sont régulièrement modifiées.

Mais composer avec l'entourage revient à dire que le TS évalue s'il va pouvoir compter sur un entourage positif, se défier d'un entourage négatif, ou encore trouver la bonne distance avec un entourage dominant. Toutefois, ces qualificatifs ne sont pas immuables ni exclusifs. Le positif peut devenir négatif et inversement, sachant que le dominant, même bienveillant, peut avoir un aspect négatif. Enfin, lorsque ce travail d'évaluation de l'aidant est à minima explicite, la personne et le TS peuvent diverger quant au qualificatif employé pour désigner l'aidant. Nous proposons ces trois configurations.

#### **6.4.2.1. *Savoir coopérer avec l'entourage positif***

L'entourage est positif, dans le sens qu'il est un soutien pour la personne et qu'il est significatif pour le TS. Au moment de la rencontre évaluative, comme dans le quotidien des parents vieillissants (Observation Charlie), deux des six enfants du « Couple au petit chien hargneux » sont physiquement présents, encore plus depuis la chute de madame. Le fils, qui habite « en face », passe tous les jours faire son tour (dénéigement, travaux d'entretien de la maison). La fille, suite à la chute de madame, habite depuis deux

---

<sup>128</sup> Nous ne prendrons que la situation des bains. Il revient à l'aidant de se débrouiller avec l'incontinence urinaire de son conjoint dont l'intensité semble inversement proportionnelle au service reçu, surtout à partir du moment où les priorités budgétaires déterminent la norme nouvelle à un bain hebdomadaire.

semaines chez ses parents. Une sœur prend le relai en fin de semaine pour qu'elle puisse rentrer chez elle et retrouver son conjoint, son quotidien à elle.

Charlie est appelé pour faire l'évaluation. L'OEMC concerne officiellement monsieur, mais le TS questionne la situation du couple. Dans l'évaluation, le fils et la fille modulent les réponses des parents tout en les laissant répondre. Ils sont des alliés du TS. La qualité de la relation est manifeste quand la fille demande l'autorisation à son père d'aller dans le bureau. Elle doit aller chercher un carnet de chèques, préparer un spécimen pour répondre à une demande administrative. Après son approbation, elle prend le temps d'expliquer à son père le but du spécimen, lui propose de remplir le chèque et lui demande de le signer. Monsieur est en perte cognitive, diagnostiquée depuis plusieurs années. Il ne répond à aucune des questions de Charlie. Une semaine plus tard, les mêmes enfants contactent Charlie pour demander l'homologation du mandat en cas d'inaptitude. Un proche est susceptible d'abuser financièrement de la situation. Alors que monsieur est en perte cognitive, madame est en perte de mobilité. Puisqu'il faut envisager la relocalisation du couple, les enfants veillent à ce qu'ils aient les moyens d'aller dans la résidence qui leur permet de continuer leur vie à deux.

Les enfants de « La dame qui commence par dire non » sont les alliés de Charlie. Les rencontres familiales soulignent la qualité des liens entre madame et son fils. Ils sont positifs, le fils gère l'argent adéquatement et parvient à faire entendre raison à sa mère. Celle-ci écoute son fils. Par contre, la relation de la mère avec la fille est plus tendue. Les deux femmes cohabitent et sont le plus souvent en chicane. L'histoire personnelle de la fille la conduit pourtant à habiter chez sa mère, mais ce retour n'est pas du fait de la perte d'autonomie de madame. Les deux événements semblent plus contemporains que

reliés. Elle-même fragilisée, la fille est fatiguée de l'attitude constamment contrariée de sa mère, dont le quotidien commence à être empreint de ses pertes cognitives. La fille n'en demeure pas moins une source d'informations objective du quotidien de madame pour Charlie. Le TS peut compter sur la fiabilité et, malgré tout, sur la bienveillance des deux enfants.

Dans le temps, le TS est connecté en discontinu à la situation, il va évaluer, faire des suivis, réévaluer au besoin, intervenir en urgence. L'aidant positif, lui, est connecté à une plus haute fréquence. La capacité du TS à coopérer avec les aidants et faire qu'ils coopèrent vient augmenter le niveau d'informations du TS par le témoin quotidien. Il faut veiller à ne pas se mettre à dos cet allié précieux, ne pas l'épuiser. De fait, le TS évalue la situation avec l'OEMC, il questionne la situation familiale et l'entourage présent à court ou moyen terme, que ses membres soient plus ou moins engagés auprès de la personne. Ce sont des partenaires qu'il faut savoir identifier et connaître, il faut reconnaître leur présence et leurs rôles auprès de la personne, s'en faire des alliés. L'entourage fait partie des conditions du soutien à domicile. L'aidant n'a pas besoin d'être parfait (parfait ministre des finances, parfait superviseur du bain, etc.), mais il doit être fiable pour la personne âgée comme pour le TS.

#### **6.4.2.2. *Savoir neutraliser l'entourage négatif***

L'entourage peut constituer une menace pour la personne, celle-ci en ayant conscience ou pas. Le négatif s'exprime rarement en présence du TS car c'est plus souvent l'absence de positif ou l'inadéquation de l'entourage qui permet d'évaluer la dimension négative de l'aide.

Le premier jour d'observation aux côtés de Dominique, le dossier d'actualité est celui que nous avons intitulé « Même les crapules vieillissent. » Monsieur a fréquenté et fréquente manifestement toujours des milieux interlopes de la ville. Son soutien à domicile est difficile à suivre, avec trois logements qui sont à son nom mais dans lesquels il ne vit pas. Monsieur est habitué à jouer sur les deux tableaux et aborde Dominique sur le même mode opératoire, continuant à brouiller les pistes pour le SAD dans son « ancien » milieu où il est toujours un peu actif. Il mine le terrain des rencontres en disant certaines choses sur son entourage au TS et l'inverse à son entourage. Mais force est de constater qu'il n'est plus aussi habile à retourner la situation à son avantage et, d'abuseur financier qu'il a été, il devient abusé. Il lui faut rompre avec ses amis de longue date, le seul milieu qu'il connaisse, et l'en protéger.

Quand le mandataire désigné n'est pas fiable (« La touriste mexicaine »), on peut qualifier l'entourage de négatif. Les pertes cognitives de monsieur conduisent à l'homologation de mandat en cas d'inaptitude. Or, son épouse, mandataire désignée, ne voit pas que la désorientation de son conjoint rend impossible leur rituel voyage de *snowbirds* (retraités qui passent trois mois d'hiver dans le Sud).

Dans le dossier de « La touriste mexicaine », Dominique identifie de multiples abus financiers. Madame maintient son niveau de vie sur les comptes de monsieur, et le fait que la marge de crédit soit installée dans le rouge n'y change rien. Madame ne voit pas en quoi le fait de changer d'environnement son conjoint, qui n'a plus de repères, pose problème. Il faut protéger monsieur de sa conjointe dépensière ainsi que des frères et sœurs qui commencent à s'en mêler.



Nous avons dit précédemment que l'entourage pouvait ne pas être parfait mais fiable. Il est des situations où la personne doit être protégée d'un proche ou d'un environnement qui lui porte préjudice. Or, soit la personne en a conscience mais n'est pas en mesure de rompre ses liens, soit la personne n'en a pas conscience ou n'est plus cognitivement en mesure d'en avoir conscience (comme dans le cas du conjoint de « La touriste mexicaine »). Le TS doit être en mesure de rester sur la finalité de son intervention, évaluer et compenser les pertes d'autonomie au bénéfice de la personne au nom de qui le dossier est ouvert. Ceci l'amène à bouger les alliances avec les aidants, à réorganiser l'intervention des uns et des autres pour ne pas nuire à la personne âgée.

#### **6.4.2.3. *Savoir tempérer l'exigence de l'entourage dominant***

Parfois, la situation se caractérise par un entourage que nous qualifions de dominant par le rapport instrumental qu'il voudrait volontiers imposer au TS et qui, pour ce faire, il met le TS sous pression.

Dans leurs demandes pour « Le couple qui avait fait un pacte », que nous avons abordées avec Charlie, et pour « Les aidants épuisés qui menacent », que nous avons vu avec Claude, les proches souhaitent gérer eux-mêmes la situation. Ils ont des exigences mais sont épuisés, ce qui a pour effet qu'ils dépassent parfois les limites de la correction dans leur façon d'adresser leurs demandes aux TS. Ils veulent le bien de la personne dont ils prennent soin, mais leurs exigences en arrivent à les braquer contre les TS, qui sont les seuls interlocuteurs du système face auquel ils se débattent. Ce type de relation est épuisant tant pour les uns que pour les autres, et les TS passent du temps à gérer la frustration des aidants. Du coup, la personne pour qui la demande est initialement établie passe au second plan.

Entre la coopération et la neutralisation, les TS doivent parfois tempérer avec les attentes et les exigences des aidants, qu'elles paraissent légitimes ou pas. Claude dit: « on ne sait pas par quoi ils sont passés » au sujet des « Aidants épuisés qui menacent » (Entretien croisé Claude et Camille). Les TS reconnaissent l'épuisement, tout comme les lourdeurs du système, les listes d'attentes, les volumes d'heures de répit qui varient, etc. Les TS se sont engagés à soutenir l'aidant avec un profil de perte d'autonomie qui progresse vers plus de besoins et un système d'aide qui va vers moins de possibilités. L'entourage se retourne vers l'interlocuteur qu'il connaît, à savoir le TS. Celui-ci calme les exigences d'un entourage que nous désignons de dominant parce qu'il n'est pas l'allié docile du TS. Ces aidants manifestent leurs insatisfactions, ils ne fuient pas la discussion mais la provoquent, ils ne restent pas sur le champ du bien-être de la personne mais vont dans celui du droit comme « Les aidants épuisés qui menacent » et de l'éthique comme « Le couple qui avait fait un pacte. » Nous remarquons que les aidants qui prennent cette orientation discutent à armes égales avec les TS, ils sont diplômés (avocats, enseignants, voire membres du réseau de la santé et des services sociaux). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle fait entrer les TS dans tous les milieux culturels et socioéconomiques. Ils doivent savoir composer avec la personne et son entourage.

#### **6.4.3. Savoir composer avec soi-même**

L'évaluation est une interaction, un espace de dialogue dans lequel le TS est acteur dans une situation en même temps que la situation agit sur lui. Les TS ont affaire à une grande diversité de situations cliniques, qui sont par nature ouvertes et peuvent contenir des aspects inusités. Certaines circonstances confrontent donc les TS à leurs propres limites.

En SAD, les composantes de la perte d'autonomie (mobilité et cognition) conduisent les TS à intervenir dans des situations néanmoins génériques que nous venons d'exposer (refus de services, maltraitance, entourage récalcitrant, etc.) et qui mobilisent l'aptitude à savoir composer. L'évaluation menée par ces professionnels leur permettra de formuler des conclusions en phase avec le caractère générique des situations cliniques et adaptées à leur singularité. Pour trouver cet équilibre, il est nécessaire de prendre le temps de réfléchir, de produire un raisonnement clinique pour y parvenir. Dans ce raisonnement, le TS compose lui-même avec la situation en tant qu'elle est générique et singulière.

Dominique : Il ne faut pas que tu te bâtisses... des... des... des conclusions trop hâtives juste avec ça non plus, mais il faut que tu approfondisses avant de pouvoir juger comme il faut [...] une personne ou une situation, tu sais... Mais, quand tu es en entrevue et tu te dis : « Voyons! Il y a quelque chose qui ne fonctionne pas », il faut que tu pousses davantage ta réflexion, ton raisonnement (Entretien d'explicitation)

Plus loin dans l'entretien, Dominique explique que la validation de la cohérence des informations collectées passe, selon ses termes, par son propre système de valeurs :

Dominique : Je vois, en fait, dans le fond, en fait, ça part d'incohérences, que quelqu'un me dit que c'est pas grave que la personne se PERD! Ou ce n'est pas grave qu'elle ne se lave pas! Ou ce n'est pas grave que les comptes sont dans le rouge! [...] Tu en déduis que la personne n'est pas en mesure de prendre soin de quelqu'un d'autre... tu sais que, elle-même, est en difficultés... c'est ça, c'est assez clair dans ma tête, mais c'est... ça se réfère à mon système de valeurs. (Entretien d'explicitation)

Il s'agit plus ici dans le discours de Dominique des limites qu'il a selon son système de référence. Le recours à celui-ci peut prendre la forme d'une invariance : ne pas être capable de voir le danger pour la personne, ne pas veiller à son bien-être et ne pas mesurer les dépenses sont trois attitudes qui disqualifient la personne. Le danger physique, l'intégrité de la personne et l'abus financier sont aussi les balises du SAD et

de la profession en travail social. Plus que des valeurs personnelles, nous y voyons des invariances de la pratique. Par contre, dans l'entretien de récit de pratique à propos de la « La touriste mexicaine », le TS réfère plus clairement à son même système de valeurs, sur le sens de la famille (ne pas s'entendre avec sa propre fille) ou encore le sens d'aimer son conjoint.

Dominique : Je ne sais pas [...] peut-être par cause de maladie [de madame], peut-être. Mais il y a clairement négligence dans ce dossier-là. Même, encore aujourd'hui, ne pas s'entendre avec sa propre fille! Je vais dire! Quelque part, ce n'est pas aimer le monsieur... quelque part, ce n'est pas... écoute, c'est mes valeurs personnelles, mais c'est... quelque part. (Entretien de récit de pratique)

Quand il s'agit d'évaluer une relation, ce que devraient être des relations entre conjoints ou entre mère et fille, il est fort probable que le système de référence personnel du TS interfère dans l'équation. Nous avons accompagné les TS dans de multiples situations cliniques, où la perte de repères puis l'installation des troubles cognitifs conduisent à la séparation des conjoints. Cette séparation est le plus souvent regrettée, mais elle est parfois bienvenue dans des conjugalités nocives. Et, quand la fin de vie se rapproche, il s'agit d'accompagner le survivant du couple ou les enfants dans les démarches administratives et le bouleversement de la vie qui découle du deuil. Mais cela n'est pas la mission première qui est confiée aux TS dans le SAD :

M : Donc, avec la dame [« La dame qui me prenait pour une police »], on ne travaille pas le deuil ?

Charlie : Non ! Ça fait pas partie... puis... je ne suis aucunement formée à l'heure actuelle pour le travailler [...] je ne serais pas outillée... ou, sommairement, je ne serais pas, mais je n'aurais pas le temps d'aller m'asseoir et puis [...] je ne pourrais pas le justifier, je crois... je réfèrerais à un psychologue pour travailler ça. (Entretien de contexte de pratique).

L'argumentation n'est pas claire, mais il est selon nous paradoxal d'entendre les TS du SAD se dire mal à l'aise avec le thème du deuil, alors que Charlie, en entretien informel,

nous dit que, dans tous les dossiers du SAD, « la fin de l'histoire, on la connaît. » Est-ce par manque de temps? Ou une absence de formation? Ou parce que ce n'est finalement pas dans les fonctions du TS en SAD? Pour autant, Charlie ne va pas suivre strictement la procédure mais fait ce qui lui semble moral de faire à ce moment-là.

Une visite à « L'institutrice du rang » s'improvise entre deux dossiers. Son conjoint vient de partir en CHSLD, cette séparation que Madame a fini par accepter met fin à quelques 50 années de vie commune. Madame est désorientée, certains documents administratifs la dépassent. En douceur, cette visite, qui n'a pas vraiment de statut au plan administratif, permet de faire le point, de savoir comment va madame. Charlie rédige une demande de transport adapté pour que madame puisse aller visiter monsieur : ainsi, « L'institutrice du rang » devient la cliente de Charlie. Le TS sait que Madame est fragilisée par la situation (rupture de conjugalité). De plus, cette ancienne aidante a bénéficié indirectement des services à domicile destinés à son conjoint (aide au ménage, transport adapté, etc.). Le départ de dernier en CHSLD a un triple impact pour l'aidante qui reste à domicile, qui doit vivre la perte de la conjugalité, la perte de soutien par les services et la perte du référent qu'est le TS tout le long de la perte d'autonomie du conjoint. Le fait de rédiger la demande de transport adapté est une décision prise par le TS qui estime, peut-être même à l'encontre des règles du SAD, qu'il doit rester présent auprès de madame.

Charlie : C'est sûr qu'on fait de l'intervention sociale!... Les drames, on en vit constamment ! Quand il y a des hospitalisations (il tape sur la table)!!! Mais c'est souvent lié à la même chose!! Dans le sens que ça va être... une adaptation, un changement, dû à l'état de santé d'une personne! C'est lié aux pertes, aux pertes d'autonomie. (Entretien de contexte de pratique)

Élie est plus explicite sur ce à quoi les TS sont confrontés personnellement. L'évaluation consiste à accompagner la personne à se mettre en projet, prenant en considération la nouvelle donne que constitue la perte d'autonomie. C'est une mission qui s'avère difficile quand la personne a un diagnostic qui limite son espérance de vie à court terme :

Élie : Depuis quand elle sait qu'elle a un cancer? Est-ce qu'elle est consciente de sa médication ? Et puis là, je fais la rencontre avec la personne [...] et je me dis : « Oh! Je n'ai rien regardé d'autre! » [...] J'en ai une actuellement, elle est stable [...]. Elle angoisse et puis elle est dans son dernier lieu de résidence. Je ne peux pas me rassurer et la rassurer, lui dire : « Madame, on va rester ici longtemps, jusqu'à ce que... » Ce n'est pas nécessairement vrai. Alors, dans ce temps-là, j'ai plus de difficulté à trouver les mots pour aussi rassurer la personne. Alors, on essaye... ça prend des gants blancs (Entretien de contexte de pratique).

Élie affirme par là qu'intervenir avec des personnes âgées, des personnes en perte d'autonomie, c'est de l'intervention sociale. L'incidence du vieillissement, les effets des maladies chroniques et les conséquences des chutes sur la vie de la personne constituent le quotidien des TS en SAD. Mais, au-delà de l'évènement, Élie questionne comment accompagner la personne en disant « [qu'] il y a des sociaux [lire : psychosociaux] qui ne touchent pas à ça » (Entretien de contexte de pratique), en d'autres termes qui n'osent pas parler de la mort ou parler de la fin de vie.

Dans l'extrait suivant, Charlie poursuit sa réflexion sur la nature de l'intervention des TS en SAD, sur la manière dont il la voit :

M : L'intervention en soutien à domicile...

Charlie : C'est de la coordination de services!.... C'est de l'intervention sociale... oui... mais pas... on n'explore pas beaucoup, là, c'est très technique ce qu'on fait, là! On va pas explorer beaucoup... chercher le malaise des gens ... s'il y en a un, on l'évite en général... ce n'est pas la primaire [...]. Elle va être minime, l'intervention psychosociale, ça va être plus centré sur la reformulation, aller

chercher le sentiment de la personne, comment elle va le nommer, le normaliser.  
(Entretien de contexte de pratique)

Il y a une sorte d'opposition entre la coordination de service et l'intervention sociale dans le discours de Charlie. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle contraint fortement la représentation historique structurée à partir du *case-work*<sup>129</sup> de l'intervention en travail social. L'outil qui permet d'évaluer l'autonomie fonctionnelle, la reconnaissance des besoins de la personne et l'octroi de services selon les besoins évalués et reconnus sont les constituants de ce que désigne Charlie par l'expression « coordination de services » contraignent l'intervention sociale. Mais, nous y avons trouvé, et Charlie et Élie le nomment aussi, de l'intervention sociale en mode mineur, les TS font du *case-work*.

M : Tu dis que c'est de l'allocation de services, je reformule rapidement, et puis c'est reformuler pour que la personne arrive à nommer... est-ce que c'est les deux... les deux pendants, finalement ...

Charlie : Du quotidien? Oui ! Je dirais que ça ressemble beaucoup à ça [...] oui, un problème qui est présent [il tape sur la table pour ponctuer ses mots] qui est très... qui est très présent, qui est très tangible, là...

M : On est en mode résolution de problème.

Charlie : Oui ! C'est ça !

M : Et d'un autre côté? Comment tu la formulerais? L'autre partie de l'intervention ?

Charlie : Du support, souvent, quand il y a des troubles cognitifs, c'est beaucoup d'informations, souvent les gens connaissent pas beaucoup la maladie, donc... on va nommer comment ça s'actualise au quotidien... C'est dû à quoi... parce que, souvent, Alzheimer, ils ne connaissent pas [...] ils connaissent le mot, mais ce que ça veut dire au quotidien... [...] et ça peut engendrer plein de comportements associés...

M : Donc, d'un côté, on est sur un mode technique, de résolution de problème et, de l'autre, sur le mode de formulation, de reformulation.

---

<sup>129</sup> Le *case-work*, hérité de Mary Richmond, repose sur un emprunt important fait aux sciences humaines comme la psychologie et la psychanalyse, qui mettent en avant les qualités d'écoute du TS pour accompagner les personnes vers une prise de conscience.

Charlie : Oui, d'écoute, de support, c'est ça ... [ce qui permet à la personne] de faire son cheminement, d'apprendre à vivre avec la perte d'autonomie. (Entretien de contexte de pratique Charlie)

Charlie nous propose une avenue pour comprendre cette complexité : l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, en plus de donner une valeur à la situation clinique, permet de soutenir l'énonciation du problème par la personne et par l'évaluateur. Elle engage la personne et le système d'intervention dans un processus de compensation qui se rapproche de la résolution de problème pour à limiter l'incidence de la perte d'autonomie sur le quotidien de la personne.

Dans une situation simple, l'évaluateur peut envisager une résolution de problème qui est proche ou quasi immédiate au temps de l'évaluation. Cependant, dans le déroulement de l'évaluation ou plus tard dans le temps, le praticien peut ne pas être convaincu de cette apparente simplicité. L'évaluation a son propre mouvement, quasi autonome, lorsque la situation est simple et qu'aucun doute n'émerge à la conscience de l'évaluateur. Mais, si un tel doute émerge, les évaluateurs activent un long processus de raisonnement clinique. Le raisonnement clinique consiste à être attentif à la dissonance de la situation quand le sens ne va pas de soi. La perte d'autonomie, qu'elle touche la mobilité ou la cognition, pourrait être simple dans son appréhension et dans les possibilités de compensation. Par contre, du fait parfois des conditions de vie au domicile, parfois d'un entourage absent ou malveillant, l'intégrité de la personne est mise à mal. Ces conditions rendent la situation plus complexe que la seule atteinte de l'autonomie fonctionnelle délimitée par la mobilité et la cognition.

Le TS doit alors construire à partir des éléments collectés ce qui va faire sens pour lui et pour la personne. C'est notamment dans les situations complexes que l'évaluation ne



peut se résumer à une simple résolution de problème, dans une temporalité courte, voire quasi immédiate. Nous complétons le schéma proposé plus haut (section 5.4.3)

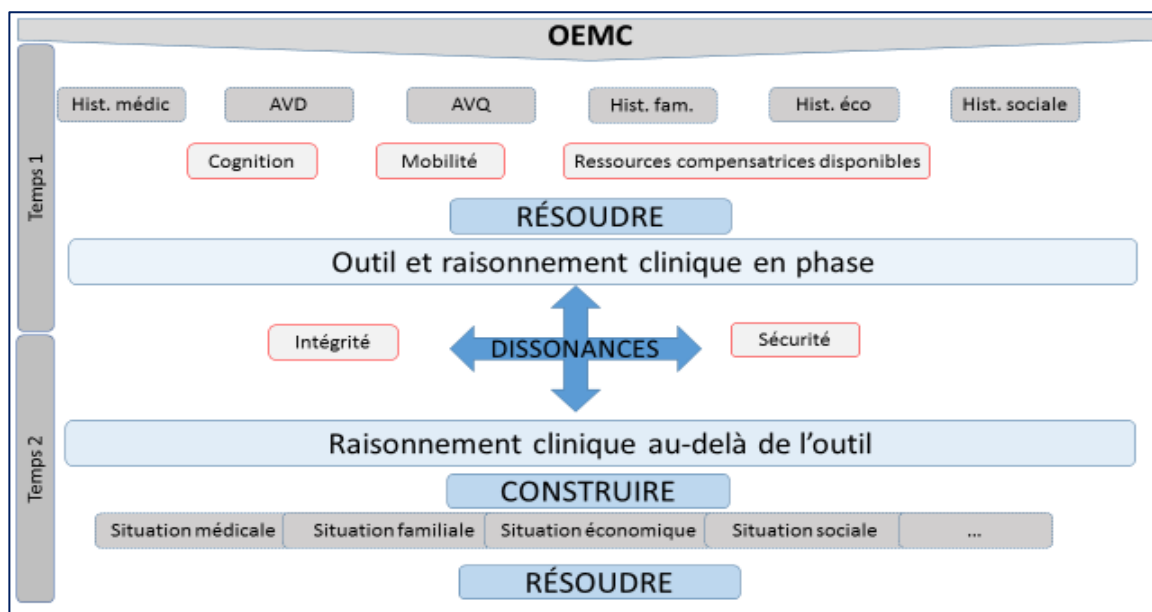


Figure 10 : Deux temps dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle entre résoudre et construire

Le point de rupture dans l'activité se place au moment de la dissonance, du fait de l'incohérence des informations collectées par le TS. Ce point fait basculer l'activité de la résolution du problème vers la problématisation de la situation, ce qui suppose alors sa construction de cette situation. Le schéma ci-dessus représente le premier temps, ou premier mouvement, dans l'activité où le TS collecte et analyse les informations recueillies à partir de l'OEMC. Le raisonnement clinique du TS et l'outil sont en phase, et l'évaluation s'effectue à partir de la mobilité, de la cognition et des ressources compensatrices dont dispose la personne. Les informations collectées n'amènent pas le TS à douter des conditions de sécurité ou de l'intégrité de la personne à domicile. L'évaluation est quasi immédiate, elle permet alors d'identifier l'élément ou les éléments qui sont préjudiciables à l'autonomie fonctionnelle de la personne et de conclure sur une proposition de services compensatoires.

Dans ce que nous venons de décrire, la dissonance peut émerger à n'importe quel moment de l'activité et, comme il a été écrit plus haut, rallonger l'activité d'évaluation par la nécessité de déployer un raisonnement clinique plus long. Les informations recueillies par le TS avec l'OEMC ne sont pas cohérentes entre elles ou une information particulière déstabilise la perception immédiate que le TS a de la situation. Ce dernier doit alors cerner l'objet qui fait dissonance (pour lui)<sup>130</sup> afin de le contourner et parvenir à terminer son évaluation. Nous comprenons que les informations collectées et thématiques à l'aide de l'OEMC doivent être dépassées pour construire un niveau de compréhension supérieur de la situation. Cette analyse transversale de la situation (médicale, sociale, familiale, économique, etc.) qui fait obstacle au soutien à domicile nécessite de prolonger le raisonnement clinique.

---

<sup>130</sup> Pour le TS évaluateur, mais nous avons vu que cela peut ne pas paraître incohérent pour les personnes, les aidants, peut-être aussi pour des TS moins expérimentés, voire, d'autres TS.

## Chapitre 7. La validation par les interlocuteurs

Le groupe de discussion est, selon nous, le moment où la question du rapport au savoir est la plus évidente. À cette occasion, les six TS sont regroupés et nous leur proposons les résultats préliminaires de la recherche (Annexe 12 PowerPoint de présentation). Comme il a été écrit dans la section méthodologie (section 3.3.2), l'intérêt des groupes de discussion réside dans le fait qu'ils permettent de valider la description de l'activité et la reconnaissance de certains savoirs dans les premières analyses des données. Nous souhaitons parvenir avec les TS à un second niveau d'analyse des savoirs mobilisés dans l'activité d'évaluation à partir de leurs pratiques. Nous proposons de voir comment les TS reçoivent la description de leur activité, et notamment les savoirs qu'elle contient. Les échanges avec le groupe de discussion conduits avec les enseignants en prolongent cette partie.

### 7.1. Les travailleurs sociaux se reconnaissent dans la description de leur activité

Voici la première réaction de Dominique devant la diapositive (figure 10) :

Je trouve ça intéressant comment tu l'as visualisée la pratique [...]. Je pense que ça vient bien cerner l'ensemble de notre pratique au quotidien, des petites nuances qui ont pas affaire là en général, mais ça met des mots sur la pratique. Des fois, on le fait sans trop penser, sans trop penser ce qu'on fait, c'est le *fun* de le voir, visible. (Groupe de discussion TS)

Pour Dominique et Camille, la représentation du cheminement d'un dossier et l'identification des outils utilisés, par exemple le DPE, donnent une dimension concrète des étapes de la procédure. Cette représentation est pertinente pour le SAD de TR mais elle n'est pas forcément transposable à d'autres services SAD, qui vont suivre des procédures différentes parce qu'ils sont organisés différemment. De plus, selon Charlie,

toute décision administrative viendra ajuster cette schématisation. Toutefois, l'activité des TS dans la prise en charge du dossier restera la même. Les participants en arrivent à s'accorder sur ce point, faisant une différence entre l'organisation de leur travail et leur activité.

Claude : Oui, moi, je pense que oui, je me sens interpellé par... j'ai vu le schéma [...] je trouve ça bien.

Sacha : Moi, je trouve que ça met, comme Dominique disait, des mots, ça met des mots sur ce qu'on fait, des fois, on s'en rend plus ou moins compte, c'est un automatisme, et ça vient camper. (Groupe de discussion TS)

Nous avons vu (section 5.2 transition au service), qu'entre le moment de la collecte de données et la présentation des résultats en groupe de discussion, la définition des priorités et des balises temporelles pour ouvrir un dossier ont été transmises aux TS. Camille et Charlie discutent de la notion de priorité pour répondre aux demandes venant de l'hôpital. Elles nécessitent une réponse immédiate, sur-le-champ, selon Charlie, alors qu'elles semblent plus négociables pour Camille, qui pourrait attendre au moins jusqu'au lendemain... Claude revient sur ce principe de priorisation hospitalocentré :

Camille : Il y a moyen de s'entendre [avec les demandes de l'hôpital] selon la situation, tu peux y aller le lendemain si tu juges... mais ils...

Claude : Tu tasses [quand même] ton horaire!

Charlie : Oui, faut que tu tasses quand même l'horaire que toi, tu t'étais prévu le lendemain... (Groupe de discussion TS)

Le groupe de discussion valide implicitement par là le caractère adaptatif de leur activité. Les TS composent avec la norme institutionnelle, qui est de répondre sur-le-champ à la demande du partenaire majeur que représente l'hôpital. Dans leur pratique en SAD, cela s'entend dans une perspective d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, suite à l'épisode de santé aigu qui a conduit la personne à l'hôpital et pour qui le retour à domicile est imminent. Les TS composent en fonction de la situation elle-même et du

caractère urgent qu'ils lui reconnaissent plus ou moins; ils composent aussi avec ce qu'il y a à faire et priorisent cette situation parmi toutes les situations dont ils ont la charge, sur ce qu'ils ont planifié. La question des savoirs prend deux directions : la première est celle des savoirs qu'ils nomment quand ils évaluent, la seconde a trait à la difficulté à dire ce qu'ils font.

### **7.1.1. Les travailleurs sociaux formulent des savoirs communicationnels**

Pour la première direction, Charlie propose le « savoir dire », ce qu'elle reformule en « savoir-faire, comment on va rechercher l'information qui dépasse l'outil qui nous est proposé. » Voici son propos :

Charlie : Dans le fond, ce que j'entends dans tout ce que tu as nommé, c'est que le savoir dire prend beaucoup de place dans chacune de nos évaluations, de manière constante aussi. Tu sais, dans tout ce qu'on fait, de ce que je lis... il y a l'outil d'évaluation qui est là, mais, ce que j'entends, c'est que notre savoir dire prend une place significative pour qu'on ait une collecte de données exhaustive... on n'a pas le choix d'avoir un certain savoir dire, savoir-faire de comment on va chercher l'information qui dépasse l'outil qui nous est proposé de manière générale... que ce soit à l'accueil, au domicile [...] l'outil est là, mais ça reste que notre évaluation, on a besoin de plus que ça pour avoir une évaluation. (Groupe de discussion TS)

Ce « savoir dire » est en fait un « savoir-faire parler », « un savoir convaincre », « un savoir engager la parole » pour clarifier les doutes. Il se développe à partir d'une capacité adaptative du TS au niveau de langage de la personne, ce que Camille qualifie de « langage caméléon », langage qui est utile pour créer le lien, pour accéder au sens, au tacite, à la résolution des paradoxes, etc.

Charlie : Il faut nommer, amener à dire, c'est là qu'on va pouvoir travailler avec elle et valider en lui faisant redire avec ses mots ou en le redisant avec ses mots. (Groupe de discussion TS)

Concernant ce registre, qui exprime le fait de savoir susciter le discours de la personne, les échanges abondent dans le même sens :

Camille : [Le langage caméléon] est une nécessité pour maintenir un lien de confiance aussi. Si on parle avec des gens de culture... inférieure, je vais...

M : Oui... Si tu restes sur un vocabulaire très...

Charlie : ils ne comprendront pas...

Élie : Hum (Il acquiesce)

Camille : Et si, au contraire, on utilise un langage trop *basique* avec des gens... huppés... le niveau de confort, même au niveau de l'échange verbal, sera pas ... sera pas là... (Groupe de discussion TS)

Les TS participant à la recherche valident la dimension relationnelle de leur activité évaluative, qui consiste à aller chercher l'information, certes avec l'OEMC en soutien, mais le « savoir dire » et « le faire dire caméléon » témoignent de la capacité adaptative de leur mode de communication avec la personne.

Le groupe de discussion vient valider certains des savoirs pratiques en lien avec la connaissance des personnes. Nous reprenons ici ceux qui sont explicitement validés :

- Laisser la personne formuler sa demande;
- Valider la demande;
- Capter des indices de perte (sur le plan cognitif, mobilité, attention portée à soi, etc.);
- Aborder les points de résistances de la personne.

### 7.1.2. Les travailleurs sociaux questionnent la nature des savoirs qu'ils mobilisent

Les TS en groupe de discussion n'entrent pas d'eux-mêmes dans la nature des savoirs qu'ils mobilisent dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. La question est posée par Sophie<sup>131</sup>, une étudiante en travail social qui est stagiaire de Dominique :

Sophie : Je trouve que c'est important de se poser des questions, dans le fond, de s'analyser... dans le fond, quand j'ai assisté que tu demandais à Dominique qu'est-ce qui fait que... [Sophie recherche le nom de l'entretien d'explicitation] je trouve ça vraiment intéressant, je ne sais pas si c'est la même chose pour vous, mais on le fait pas assez souvent, là. Parfois, ce n'est pas nécessaire de le faire non plus, mais... Des fois, c'est intéressant de le faire pour savoir comment qu'on réagit et puis comparer les situations. (Groupe de discussion TS)

Auparavant, Sophie avait exprimé que les schémas sur les procédures étaient intéressants mais que c'est de l'intérieur qu'elle avait mieux compris le fonctionnement du SAD et les missions du TS.

Sophie : Les tableaux, les graphiques, avoir ça au début de mon stage m'aurait vraiment permis de me faire une image, au lieu d'aller passer des journées pour essayer de comprendre tous les milieux... c'est sûr que... au début, j'aurais moins compris qu'à la fin de mon stage... Mais, pour toute la présentation au complet, je pense qu'il faut avoir vécu le SAD pour vraiment comprendre. (Groupe de discussion TS)

Nous retrouvons dans le discours de Sophie la nuance épistémique qui est proposée par Charlot entre « apprendre la nage » et « apprendre à nager » (1997, p. 80-81). Par contre, bien que Sophie soit en apprentissage, la dimension réflexive, qui permet de retracer le raisonnement clinique, lui paraît centrale. Cette affirmation rejoint une fois de plus Charlot dans la posture métacognitive, selon laquelle « une culture de l'activité est

---

<sup>131</sup> Dans le temps de la collecte de données, Dominique avait une stagiaire en travail social que nous prénommons Sophie. Elle était présente aux différents entretiens individuels de Dominique et invitée au groupe de discussion sur proposition de Dominique. Nous l'avons interpellée vers la fin du groupe de discussion pour avoir l'avis d'une étudiante, certes non représentative, mais à titre de consultation.

possible, par prise de distance réflexive » (1997, p. 81-82). Suite à intervention de Sophie, la stagiaire, Camille enchaîne :

Camille : C'est comme si tu disais qu'on passait dans l'action... on n'est pas à réfléchir? [...]

S'entend dans le questionnement de Camille que les TS ne pensent pas l'action mais entrent dans l'action et que leur activité s'ajuste à ce qu'ils trouvent dans la situation.

Dominique : On demande aux stagiaires, dans le fond, et puis je l'ai fait avec Sophie, tu sais, de se regarder dans un miroir en intervention, de s'autocritiquer par rapport à ce qu'il fait au moment qu'il le fait, au moment de le faire et pourquoi il le fait. Et puis, quand on demande ça à la stagiaire, tu sais, quelquefois, je me passe la réflexion : « Moi, je ne suis pas capable de nommer ce que je fais moi-même! »

Charlie et Camille : Hum ! (Ils acquiescent). (Groupe de discussion TS)

Les réflexions de Sophie sur l'intérêt de questionner sa pratique dans l'activité, sur l'intérêt de l'entretien d'explicitation, trouvent un écho chez les TS : ne pas être capable de nommer soi-même ce que l'on fait semble caractériser une part importante du rapport aux savoirs chez les TS participant à cette étude. Au fil des entretiens, les participants ont de la difficulté à dire quels savoirs sont mobilisés, comme ils le disent clairement ici.

Dans le groupe de discussion, Camille va plus loin. Il trouve beaucoup de descriptions dans la relecture de ses propres entretiens transcrits, de ce qu'il fait, selon son expression, « sur le plancher des vaches. » Il dit se trouver « nul » en entretien individuel, d'être incapable de nommer les savoirs utilisés en intervention, mais il constate que ses pairs restent eux aussi muets à ce sujet. Camille en déduit qu'ils sont ensemble confrontés à cette même incapacité d'énonciation des savoirs soutenant leur activité dans l'évaluation, si ce n'est de se « cacher » derrière l'intuition :



M : Derrière l'intuition, il y a une expérience qui est construite et qui amène au savoir.

Charlie : On ne le sait pas.

Camille : C'est difficile de le nommer (les autres participants acquiescent)

M : Donc, je vais continuer à...

Camille : Ça m'étonne de l'entendre parce que, tu sais, individuellement, je ne pense pas qu'on ait fait le tour de tous nos bureaux pour nous demander : « Hey! Toi, là, y a-t-il des choses dans cette expérience-là [la participation à la recherche] où tu t'es senti comme ... », et ça, ça me préoccupait. Écoute ! Comment ça se fait que je ne suis pas capable de nommer ce que je fais quand Mylène me le demande? Je me souviens très bien t'avoir répondu, c'est de l'intuition, et puis là, j'entends et je vois la réaction non verbale de tous mes collègues qui semblent dire : « Bien, nous autres aussi, on était dans la même situation. » (Groupe de discussion TS)

## **7.2. La question des savoirs par les enseignants**

Le second groupe de discussion avec les enseignants se voulait un premier pas pour estimer la réceptivité des résultats préliminaires de recherche dans le milieu de la formation. La méthode de recrutement est passée par la messagerie professionnelle de la communauté enseignante d'une même université. Suite à la lecture de leurs champs d'intérêt sur le site de l'université, un message collectif a été envoyé aux personnes identifiées dans la formation en travail social. En plus de s'adresser aux personnes ciblées, le message invitait à diffuser l'offre de participation aux personnes du département qui pourraient être intéressées et qui n'auraient pas été initialement visées. Finalement, cinq enseignants ont répondu favorablement à cette demande, ce qui a conduit à avoir un groupe effectif de quatre enseignants le jour de la rencontre, le cinquième n'ayant pu se libérer.

Les quatre personnes<sup>132</sup> présentent des intérêts pour la recherche, la gérontologie ou l'évaluation, leur point commun<sup>133</sup> étant le domaine de la formation. Avant la présentation des résultats, trois questions<sup>134</sup> leur sont proposées pour pouvoir repérer ce qui est fait au titre de l'évaluation dans la formation actuelle<sup>135</sup>. Ceci recentre l'interaction qui a suivi sur l'évaluation.

Les groupes de discussion (TS et enseignants) se succèdent sur deux jours. Il nous a semblé important de conserver un déroulement identique dans les deux groupes. Les résultats présentés ainsi que notre propre analyse des matériaux sont les mêmes pour les deux groupes.

Les enseignants, lors la présentation du *PowerPoint* (Annexe12), posent des questions de clarification concernant la méthodologie : la succession et la diversité des méthodes de collecte de données, les titres attribués aux différentes situations, la stabilité ou la variété des situations aux différents temps de la collecte. Nous reprenons quelques-uns des échanges portant sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, concernant notamment son caractère global et ouvert à d'autres opérations d'évaluation.

Maxence : Toi[ Mylène], tu t'es concentrée sur l'évaluation de l'autonomie, mais, dans le fond, on peut constater que ça a couvert plus large, l'évaluation de l'inaptitude et l'évaluation d'un changement de milieu de vie, qui découlent peut-

---

<sup>132</sup> Nous ne précisons pas plus les caractéristiques des interlocuteurs pour conserver au mieux l'anonymat des personnes. Comme pour les praticiens, des pseudonymes mixtes leur sont attribués, soit Maxence, Lou, Kim et Alex.

<sup>133</sup> Il paraît aussi évident de signaler qu'elles sont en interconnaissance entre elles et avec la chercheuse.

<sup>134</sup> Questions envoyées pour le groupe de discussion :

- 1) Les savoirs de la pratique dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont-ils repérables, repérés dans d'autres activités de la pratique des TS?
- 2) Ces savoirs de l'évaluation sont-ils formalisés dans la formation actuelle des TS?
- 3) Dans une perspective de transfert des savoirs de la pratique vers la formation, ces premiers résultats selon vous sont valides, utilisables? Vos remarques, suggestions, questions...

<sup>135</sup> Un cours en gérontologie est nouvellement inscrit dans les cours obligatoires, il traite de l'évaluation multidimensionnelle. Un autre cours traite de l'évaluation psychosociale (cursus obligatoire).

être de l'évaluation plus globale, qui est celle de l'autonomie, mais qui va dans des évaluations un peu plus fines, plus ciblées. J'ai l'impression que ce que tu as observé, oui, ça s'en va dans d'autres champs d'activité liés encore à de l'évaluation (Groupe de discussion Enseignants)

L'évaluation de l'autonomie est donc globale et oriente la suite de l'évaluation vers des objets plus ciblés, par exemple l'homologation du mandat en cas d'inaptitude. Mais, l'évaluation pose aussi la question de la tolérance au risque de la part du TS.

Alex : La gestion du risque, moi aussi, ça m'a fait penser à ça ! Moi aussi, ça m'a fait penser à ça, la barre de navigation avec la tolérance [figure 15 du Power point]... puis, il y a quelque chose que je sentais que c'était de l'ordre de la gestion du risque là-dedans. L'intervenant est tolérant, mais comment il gère le risque aussi? (Groupe de discussion Enseignants)

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est spécifique par ses finalités qui sont liées à l'objet autonomie fonctionnelle, mais, au titre d'activité qui consiste à évaluer, elle est transversale, quitte à devoir prendre un objet plus délimité mais impliqué dans la situation de la personne :

Maxence : [L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle], je ne la vois pas transversale, je reste accroché à l'objectif de cette évaluation-là qui est globale pour t'aider à détecter, identifier les problèmes qui vont demander une évaluation plus poussée.

Alex : Plus spécialisée.

M : Oui, ça, c'est les finalités, mais en termes d'activités?

Alex : Oui, c'est ça!

Maxence : J'imagine, qu'importe la variable que tu évalues, la composante que tu évalues, l'opération mentale doit être assez similaire... Je ne sais pas, je réfléchis à voix haute. (Groupe de discussion Enseignants)

Pendant que Maxence réfléchit, Lou enchaîne et prolonge la considération de l'évaluation comme étant transversale, globale et inscrite dans un processus itératif :

Lou : Je continue sa réflexion. Quand tu es en évaluation, tu es en évaluation, c'est certain que tu as toujours un objet, mais l'autonomie fonctionnelle, c'est tellement large comme objet que j'ai l'impression que cette activité-là, d'évaluer,

transcende à peu près dans toutes les rencontres, peu importe qu'ils soient à l'étape de compléter l'OEMC ou qu'ils soient rendus à une autre étape. Même en suivi, tu fais quand même une évaluation de ce qui se passe. S'il y a un mot qui est transversal... c'est le mot qui revient tout le temps. L'idée de rester alerte, l'idée de rester capable de noter la différence. (Groupe de discussion Enseignant)

Kim, au regard des résultats proposés, repère dans l'activité d'évaluation les méthodes de collecte d'informations et les différencie du mouvement d'analyse. L'apprentissage de ces méthodes ne semble pas poser problème pour Kim, mais, par contre, d'après son expérience d'enseignement en formation initiale et continue, entrer dans l'analyse est une étape plus difficile à franchir. Le risque dans l'activité est d'en rester aux méthodes.

Kim : C'est quoi les dimensions pour me faire une tête que je dois regarder. Donc, j'ai des méthodes d'évaluation qui peuvent être les outils, des outils standardisés, des observations, comme tu dis, ma collecte de données auprès de la famille ou les dissonances dans la discussion et tout ça. Donc, j'ai mes méthodes. Mais, si je regarde les étudiants<sup>136</sup> que j'ai et qui... ceux qui sont plus experts et ceux qui sont plus démunis dans leur analyse et leur processus d'évaluation, il y en a qui s'en tiennent au niveau des méthodes et, au niveau de l'analyse, c'est difficile. (Groupe de discussion Enseignants)

Sans qu'elle ne soit reprise par les trois autres participants, l'antienne techniciste des outils standardisés est tentée par Alex. Si on en croit son discours, les étudiants semblent instruits avec cette vision, les outils standardisés nuisent à l'identité professionnelle.

Alex : Moi, il me vient quelque chose par rapport à ça... Je me demande s'il n'y a pas quelque chose dans la formation, on les amène beaucoup [...]. On mise beaucoup sur la coconstruction, avec la personne, une problématique, donc je sais pas ... c'est vraiment une intuition que j'ai ... qui fait qu'appliquer un outil ou en tout cas fonctionner avec des outils... Puis, après ça, en faire l'analyse, tu sais, avec un outil très standardisé, je sais pas, ça fait peut-être un *clash* avec leur identité professionnelle, qu'ils ont construite tout au long de leur formation. (Groupe de discussion Enseignants)

Un autre point de la rhétorique professionnelle apparaît autour du terme « expert. » Dire du TS qu'il est un expert reviendrait à lui donner une posture de supériorité vis-à-vis de

---

<sup>136</sup> Kim intervient en formation initiale et continue pour différentes professions du réseau de la santé et des services sociaux.

la personne, ici la personne en perte d'autonomie. Nous affirmons que le TS expérimenté est un expert de l'évaluation et, s'il n'y a pas d'expertise, il est alors paradoxal que des activités d'évaluation soient réservées au TS. De plus, le rapport entre le demandeur de services et l'évaluateur pour l'octroi de ces mêmes services est de facto inégalitaire. Cela n'empêche pas le TS d'être dans une démarche dialectique dans la construction de la problématisation de la situation avec la personne lors de l'évaluation ou encore dans les intentions d'adressivité qui sont évidentes dans le souci de validation avec la personne, comme nous l'avons d'ailleurs montré plus haut.

Maxence : La journée [de formation] qu'on vient de faire et qui touche exactement toutes tes dimensions, il y a un outil multicientèle, il y a une aptitude, il y a une démarche de changement de milieu de vie. Il faut qu'ils [les étudiants] amènent de l'information à la famille pour qu'ils prennent une décision, ils ne prendront pas la décision à la place... comme : « Moi, je suis expert et c'est ça qu'on devrait faire. » Ils font pas ça, mais ils doivent amener... l'information pour que les gens puissent [la] prendre. Là, quand la consigne est plus claire dans notre formation, ils vont se sentir plus...

Alex : Légitimes.

Maxence : ... légitimés d'amener, mais il y a une espèce de dualité à l'expliquer, les gens, c'est beaucoup entre... c'est ça... avoir une expertise et puis pas être expert... comme faire preuve d'autorité mais ne pas être autoritaire... tu sais... on les amène tout le temps dans ces... (Alex acquiesce pendant tout le temps de parole de Maxence). (Groupe de discussion Enseignants)

Alors que les promoteurs de l'outil seraient d'accord avec les nuances ici apportées à l'effet que l'outil soutient une expertise mais requiert une réelle participation de l'utilisateur, Maxence et Alex délibèrent autour de la méthode pédagogique à engager. Alex vient de dire : « On mise beaucoup sur la coconstruction », ce qui serait la finalité de l'évaluation, voire de l'intervention sociale, sans savoir comment l'atteindre, et Maxence questionne comment présenter l'activité évaluative, qui est ici une situation didactique : « Là, quand la consigne est plus claire dans notre formation, ils [les étudiants] vont se

sentir plus légitimés [...] » L'articulation des différents plans logiques de l'activité évaluatrice ne semble pas pleinement problématisée dans la formation, ce qui révèle un rapport au savoir marqué du coin de l'indécision, repérable dans la citation suivante dans la réduction du savoir à une lecture individuelle d'enjeux en lien avec la situation.

Maxence : On les fait plus réfléchir que raisonner... je ne sais pas si... (Rires et réactions partagées)

M : Est-ce que tu peux...? [Développer]

Maxence : La réflexion est souvent plus... pour expliciter les enjeux dans lesquels ils situent les dualités, alors que, pour moi, le raisonnement, il t'emmène vers une décision... [...], mais ce n'est pas vrai que tout ça [les informations dans l'OEMC] ont un même poids dans la balance, qui t'amène à dire : « Hey! Là, on a un problème, il y a ça à cause de ça, ça et ça »... Ça, c'est pas mal plus difficile et ce n'est pas tellement intégré dans la formation. Mais, de réfléchir sur les enjeux, les oppositions de valeurs ou d'un principe, ça...

Alex : Ça, c'est présent!

Maxence : Ça, c'est plus là dans la formation (Groupe de discussion Enseignants)

Réfléchir aux enjeux positionne davantage la question de la déontologie identitaire que les savoirs requis au raisonnement clinique en convoquant des principes qui soutiennent l'intervention et les missions du TS. Cela contribue à la socialisation des étudiants à la profession à laquelle ils se destinent, prémices du genre professionnel, selon que l'on convoque ici Dubar (2000) ou Clot et Faïta (2002).

Lou met en perspective le cursus de formation avec l'expression : « Il faut qu'on les parte de quelque part », puis souligne la progression pédagogique pour préparer les étudiants à leur future profession comme une continuité de la socialisation à la profession qui s'amorce dès l'entrée en formation en travail social :

Lou : [Il relate un exemple avec des étudiants en formation initiale, affirmant] qu'ils ont une soif pour ce genre d'outil-là, mais, en même temps, il faut qu'ils l'apprennent et éventuellement passer à l'autre étape pour être capables de

l'expliquer et réfléchir, mais il faut qu'on les parte de quelque part. (Groupe de discussion Enseignants)

Nous faisons un parallèle avec le mode d'emploi d'un objet : il est nécessaire de prendre le temps de le lire, mais nous avons hâte d'utiliser ledit objet. Et, si d'aventure nous nous saisissons du mode d'emploi, il n'en demeure pas moins que, « [p]our lire un texte, il faut connaître une langue, le sens des mots, la grammaire, ce qui présuppose des syllabes, un alphabet » (Beillerot, 2000, p. 27).

Par rapport au premier objectif de la recherche, qui est de « décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en intervention gérontologique », nous validons que les savoirs de l'activité d'évaluation ne sont pas spécifiques à l'autonomie fonctionnelle, c'est la finalité de l'évaluation qui est spécifique. Selon Maxence : « Ces savoirs de l'évaluation qui sont formulés [proposés dans le *PowerPoint*] sont des savoirs plus larges que ceux de l'évaluation de l'autonomie [...]. » (Groupe de discussion Enseignants). L'intervention de Lou présente le découpage, sur les trois années de la formation en travail social, de l'exposition des étudiants à l'objet de l'évaluation :

Lou : Je ne trouve pas ça si évident dans un bac de trois ans [...] tu sais, les étudiants voient différentes formes d'évaluations... Ils commencent en première année, ils ont un cours sur le processus d'intervention [...] là, on parle de prise de contact... évaluation, planification, réévaluation... puis, bon... tu refais la boucle. Mais, on ne parle pas trop d'évaluation parce qu'on se dit : « Il y a un cours en deuxième année qui est juste sur l'évaluation. » Puis, comme le cours d'intervention, le cours de géronto, ils voient aussi une autre forme d'évaluation... [...] veut, veut pas, à cause de tout ce qu'on doit enseigner, des fois, il y a... ça peut être morcelé. (Groupe de discussion Enseignants)

Les étudiants voient donc les étapes de l'évaluation dès la première année, partant du principe voulant que les différents cours vont alimenter leur formation à l'évaluation.

L'évaluation, c'est un langage, c'est un processus :

Maxence : Ils en voient un petit peu partout et, en même temps, le langage... en tout cas, moi, ce que je leur dis, c'est que tu es toujours en processus d'évaluation... [...] quand tu recueilles tes données, tu es déjà dans un processus, tu sais, la boîte noire, tu es en train de mettre, « *poum-poum* », des choses ensemble, de les analyser. Quand tu fais la planification, des fois, il faut que tu reviennes en arrière parce que tu n'as pas suffisamment... il y a des choses qui te manquent... (Groupe de discussion Enseignants)

Cette intervention reformule le mouvement de fractionnement de la situation de la personne âgée à partir des items de l'OEMC et la construction de la situation quand quelque chose de dissonant s'oppose à la continuation de l'évaluation, ce que nous avons rencontrée dans la pratique des TS.

Alex : Il y a un cours en ÉVALUATION [Affirme le terme]qui est évaluation en travail social, où là, vraiment, ils approfondissent...

M : Est-ce que c'est l'évaluation psychosociale qui prime ?

Alex : Qui prime, oui, absolument, elle touche aussi à l'évaluation dans d'autres méthodologies, comme par exemple l'intervention collective, elle touche un petit peu, elles ne vont pas spécifiquement dans certaines évaluations plus spécialisées, on reste plus dans le global et le transversal. (Groupe de discussion Enseignants)

Rester « plus dans le global et le transversal » réfère aux activités d'évaluation qui sont réservées aux détenteurs du titre professionnel de TS et effectuées selon les standards et les normes de la profession.

Alex : On en était là juste pour qu'ils arrivent à faire une évaluation psychosociale pour un régime de protection qui se tient, qui est complète et qui est correcte et qui répond aux standards de la profession. (Groupe de discussion Enseignants)

Dans le standard de la profession, il faut souligner que la pratique en Centre jeunesse est très présente, ce qui est moins le cas pour la clientèle vieillissante, hormis dans les cas de détermination de l'inaptitude.

Alex : Il y a aussi l'expertise qui est en centre jeunesse, donc [l'enseignant] va plus loin dans l'évaluation à ce niveau-là, mais pas tant dans l'autonomie



fonctionnelle. D'ailleurs, on l'a vu [rires], on le sait qu'il y a des trous dans ce sens-là... (Groupe de discussion Enseignants)

Les types d'évaluations proposés en formation rencontrent les standards professionnels et s'assurent de l'exposition des étudiants aux valeurs et aux normes professionnelles. Ceci est une orientation logique mais paradoxale au regard de la pratique et de l'enchaînement des différents objets de l'évaluation que nous avons observé, notamment en ce qui concerne la place des instruments qui soutiennent l'évaluation. Kim en revient à la composante « raisonnement clinique » de l'activité d'évaluation, faisant clairement la distinction entre la collecte d'informations et ses outils d'une part et l'activité d'analyse des informations recueillies d'autre part. À partir de quoi celles-ci sont-elles analysées ?

Kim : Souvent, ce qui est difficile, c'est de porter un jugement clinique. Les gens sont bons pour compléter des formulaires, mais de là à dire : Est-ce que la personne est inapte? Oui, j'ai des indicateurs d'inaptitude, de degrés de risque, des outils que je peux faire pour pallier un peu le risque, mais comment je vais prendre la décision? Mais, qu'est-ce qui fait que, dès qu'on est un TS expert, on analyse? Donc, on va au-delà des méthodes de collecte qui nous sont amenées... Est-ce que c'est des connaissances par rapport au pronostic d'évolution d'une maladie? Est-ce que c'est des connaissances, des données probantes sur les aspects qui influencent une problématique? Est-ce que c'est des données probantes ou une expertise clinique qui fait qu'on sait qu'en présence de certains facteurs, on va évoluer moins bien?.. Est-ce que c'est l'intérieur de la boîte? Comment on fait l'analyse de ce processus d'analyse-là? (Groupe de discussion Enseignants)

À partir de son expérience, de ce qu'il voit de la pratique chez les étudiants en formation, Maxence pointe aussi la sélection des informations collectées, qu'est-ce qui est important? Et avant de passer à l'action pourquoi prendre cette direction?

Maxence : Parce que la difficulté, elle est là. Tout est important, ils [les étudiants] veulent recueillir beaucoup de données, et puis ils veulent tout de suite passer à l'action, mais, tu sais... Quand tu dis : « Elle est inapte » et que tu dis : « OK, mais pourquoi elle est inapte? », « Il faut faire un régime de protection »,

« OK, tu es passé... peux-tu nous l'expliquer? » Mais, c'est ça, le défi dans l'enseignement, parce qu'on leur dit : « Fais-nous une hypothèse » et ils nous font un plan d'intervention. [...] ça... ils ont tout de suite, la réponse ! (Groupe de discussion Enseignants)

Cette description caractérise un rapport au savoir empiriste où l'action prévaut sur toute autre considération, laissant en zone grise le mouvement constant et mutuellement adaptatif entre l'acteur et la situation. L'activité d'évaluation s'interpose alors entre ce qui saute aux yeux et ce qui s'impose ipso facto comme intervention. Ce savoir est un intermédiaire de l'action qu'il serait idéalement souhaitable de contourner. Cela explique pourquoi l'évaluation, surtout quand elle est instrumentée, est le plus souvent ressentie comme une obligation institutionnelle en grande partie dépourvue de sens clinique.

Kim rencontre des étudiants et des professionnels dans des formations interdisciplinaires et constate certaines différences entre les TS et les autres professionnels de la santé et de services sociaux :

Kim : J'essaye de voir dans mes cohortes, les intervenants sociaux versus les infirmières ou les ergos... Les intervenants en général sont vite sur les solutions... peut-être que les intervenantes sociales plus particulièrement... leurs pistes d'intervention étaient plus basées sur la connaissance du milieu, la connaissance des services. La pression aussi des normes sociales en termes de paternalisme, ou plus défense des droits... où ils se situent par rapport à leurs valeurs personnelles et aussi [ce qu'ils savent] de la famille... puis des autres collègues de travail... je pense que le milieu de travail influence aussi...

Maxence : Tout à fait. (Groupe de discussion Enseignants)

Kim donne le pendant de ce qu'Alex avait énoncé. La formation oriente l'intervention en fonction des normes générales et culturelles dont Kim retrouve les traces dans les interventions chez les professionnels en formation.

Kim : La façon, dans leurs pistes d'intervention, ce qu'ils vont proposer, c'est plus tolérant par rapport au risque ou plus interventionniste face aux moyens de

protection. Puis, je crois, Mylène, tu disais que c'était peu ressorti... les savoirs... (Groupe de discussion Enseignants)

Plus tolérant au risque s'entend par rapport à ce que nous avons pu observer sur le terrain comme une plus large acceptation d'une situation à risque par rapport peut-être à un autre professionnel. Par exemple, la relocalisation d'une personne vers une résidence avec services annule-t-elle le risque de chute de cette personne qui a déjà chuté? Le TS sera peut-être plus enclin à voir avec la personne comment par exemple limiter l'utilisation des escaliers en proposant d'aménager la chambre à coucher au même étage que la cuisine. Le quotidien de la personne est aménagé, il n'est pas profondément modifié. Par contre, dans d'autres situations, le TS enclenche la démarche d'ouverture du régime de protection quand l'intégrité de la personne se trouve menacée, peut-être parce que ce type d'activité entre dans les actes qui leurs sont réservés, peut-être parce que la tradition du *case-work* oriente plus les TS vers ces espaces du risque psychique que vers ceux du risque physique. La question des savoirs mobilisés par les TS et des traces de ces mêmes savoirs dans la formation est approfondie par Kim, comme en réponse à Alex, qui nous présentait plus haut la formation à l'évaluation comme étant globale et qui avait repéré les temps où la formation pointait l'évaluation comme objet.

M : Les savoir théoriques?

Maxence : Les savoirs purs...

Kim : Mes étudiants, qui sont des TS [de longue et de moins longue date], ça ressort chez tout le monde... l'analyse théorique de la dimension qui vient guider... ils sont très, très globaux dans leurs considérations. (Groupe de discussion. Enseignants)

Sur quoi les TS fondent leur intervention ? Qu'est-ce qui vient guider leur analyse ? Si on se réfère aux savoir théoriques, réinterprétés comme savoirs purs, l'expérience de Kim ne perçoit pas vraiment de différences entre les TS expérimentés ou peu

expérimentés. Les uns et les autres semblent assez flous sur les savoirs qu'ils mobilisent alors qu'ils analysent une situation.

Kim développe son propos et précise comment les TS en formation entrent dans une situation qu'ils analysent en collaboration avec d'autres professionnels. Il utilise le terme de sensibilité des TS dans l'intervention, de l'apparente place accordée à l'intuition. Nous serions donc ici plus dans un raisonnement instinctuel que dans un raisonnement clinique.

Kim : Ils sont très sensibles à ce qui va être amené par la famille, ce qui va être amené par la personne, puis l'expérience des collègues, mais ils sont moins solides, tu sais, des fois, ils vont peut-être piler sur certaines de leurs valeurs à cause de ce qu'ils voient, puis... ils vont être sensibles à tout cela, mais ça va être des intuitions plus que des savoirs théoriques qui vont les guider... [...] leur piste d'intervention qui, au départ, était plus intuitive... guidé par l'environnement puis... les valeurs... (Groupe de discussion Enseignants)

Kim emploie l'expression savoirs théoriques, qui veut dire ici savoirs non empiriques, lesquels reposent sur une expérience. Ce discours révèle une dichotomie théorie/pratique qui est très présente malgré tous les discours à partir des référentiels de compétences. Il est aussi très présent aussi le discours des TS, ceux-ci seraient plus sensibles à l'environnement, à l'entourage, à la personne et aux valeurs (que l'on suppose menacées dans la situation). Les TS apparaissent moins solides sur les fondements de leur analyse. Kim, qui est habitué à travailler avec des groupes interprofessionnels, voit une différence dans le rapport aux savoirs entre les TS d'expérience, qui modulent leurs décisions sur l'intuition et convoquent peu les savoirs théoriques, et les autres intervenants, qui sont plus proches du monde médical et plus proches d'un raisonnement construit sur les données probantes.

Enfin, nous concluons cette section sur la question de la transférabilité des résultats de la recherche pour la formation des TS. Quand nous avons posé la première question sur ce thème, le groupe de discussion laisse planer un long silence de sept secondes.

Maxence : Bien, je pense que oui, moi... mais c'est très « intuitif »! (Rires partagés)

Lou : Pour moi, effectivement, on ne saura jamais trop ou on ne comprendra jamais trop, je crois que ça, c'est un enjeu de compréhension [...]. Je pense à la SOIF qu'ont les intervenants actuellement pour des guides de pratique de toutes sortes. Je me disais que c'est fort intéressant parce que, dans le guide de pratique, il faut toujours éviter de tomber dans le piège de la recette, c'est pas blanc, c'est pas noir... c'est pas parce qu'on guide la pratique qu'ont dit qu'il n'y a qu'une seule façon de travailler et que tu dois nécessairement arriver à telle décision... toute la prudence qu'il faut pour conserver ce qu'on appelait tout à l'heure le processus clinique. Pour moi, c'est fondamental, et, en même temps, les gens ont soif de ça parce qu'ils ont besoin de repères pour ne pas s'en aller à gauche ou à droite. (Groupe de discussion Enseignants)

Les enseignants expriment l'écart entre le raisonnement en action, qui est avant tout instinctuel et situationnel, le raisonnement clinique, lequel est soutenu en formation avant tout par une approche déontologie identitaire de la profession en TS, et l'intérêt, qui semble peu problématisé, d'aller vers un raisonnement clinique se voulant davantage guidé, instrumenté.

Cette confusion apparaît très clairement dans une affirmation de Maxence : « On [en formation] les fait plus réfléchir [sur les enjeux] que raisonner [sur le plan clinique] » (Groupe de discussion Enseignants). Il y a donc une série de tensions conceptuelles chez les enseignants, qui est révélée par leur méfiance à l'égard des outils et des guides et leur méfiance à l'égard d'un rapport au savoir qui est essentiellement empiriste et instinctuel et chez les étudiants qui veulent des guides mais demeurent collés sur l'intuitif et l'identitaire. Quels sens accorder à ces tensions : un rapport au savoir, faiblement problématisé, et un rapport à l'identité surproblématisée ?

## CONCLUSION DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS

Pour conclure cette partie relative à l'analyse des résultats, nous faisons le rappel des trois objectifs de la recherche, objectifs formulés avant de considérer la question de recherche qui a guidé l'ensemble de notre démarche. Ces objectifs étaient:

- 1) Décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en intervention gériatrique;
- 2) Reconstruire certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle;
- 3) Contribuer à mettre en forme ces savoirs pour les rendre disponibles et transmissibles à des fins de formation à l'activité évaluative des TS.

Pour décrire l'activité d'évaluation mise en œuvre par les TS en intervention gériatrique, nous avons choisi d'investir la pratique de TS expérimentés au sein d'un SAD. Cet observatoire nous a permis de souligner que l'activité est orientée par les exigences du service en termes de procédures à suivre (délais de prise en main d'un dossier, complétion de l'OEMC à la première rencontre, etc.), l'activité est aussi orientée par l'outil d'évaluation, dont l'usage est incontournable dans la pratique de chaque professionnel du SAD. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est une activité partagée entre les professionnels du SAD, elle ouvre sur des activités d'évaluation réservées au TS, comme l'évaluation dans le cadre de l'homologation du mandat en cas d'incapacité d'une personne. Elle est également une activité au cours de laquelle le TS entre en interaction avec la personne concernée, l'entourage de cette dernière et les intervenants et autres professionnels impliqués dans le quotidien de la personne. Le TS en fonction au SAD a des repères qui balisent son activité, que nous identifions comme étant la cognition, la mobilité, la sécurité et l'intégrité de la personne. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est un moment administratif déterminé par l'utilisation de

l'outil OEMC, mais c'est un processus itératif constant au travers des suivis que le TS effectue entre les temps administratifs d'évaluation et de réévaluation de la personne. L'évaluation est une intervention dont la finalité consiste à dire en quoi l'autonomie fonctionnelle de la personne est empêchée et à proposer des solutions compensatrices. Cette reconnaissance de la perte d'autonomie fonctionnelle s'entend dans le champ délimité par les balises de la mobilité, de la cognition, de l'intégrité et de la sécurité de la personne. Les besoins qui pourraient être identifiés en dehors de ce champ d'intervention du SAD ont été dits « non intervenables » au sens où le TS et le SAD ne sont pas habilités ou n'ont pas de moyens ou de services pour répondre à ces besoins « hors-champ. »

Le deuxième objectif proposait de reconstruire certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie, s'entend par les TS du SAD. Nous avons utilisé le verbe « reconstruire » puisque la littérature faisant part de l'indicibilité du savoir dans l'activité, notamment en TS. Le terrain n'allait pas nous « donner » ces savoirs, lesquels émergeraient d'un travail d'analyse que nous avons souhaité partager en partie avec les TS et des enseignants par les groupes de discussion focalisés. Les TS observés et entendus ont une expérience de l'évaluation de l'autonomie<sup>137</sup> fonctionnelle fondée sur cinq années ou plus au sein du même SAD. Pour reprendre la métaphore d'un d'entre eux, ils savent « jouer de la guitare en chantant » : ainsi, dans leur activité, ils maîtrisent l'objet et la dimension relationnelle.

Les TS maîtrisent l'objet perte d'autonomie et, effectivement, ils ne s'en rendent pas compte. Ils ont appris à connaître au fil de l'expérience l'incidence des diagnostics (la

---

maladie d'Alzheimer et ses stades, les démences frontales et les désinhibitions qui les accompagnent, etc.), les médications en usage pour les pathologies associées aux pertes cognitives ou aux pertes de mobilité, les facteurs de risque de chute à domicile, les conséquences des principales interventions correctives de ces chutes (prothèse partielle ou complète de la hanche, etc.). Ils ont aussi une connaissance des institutions, des normes, des règlements afférents à l'objet *perte d'autonomie* (droit social de la retraite, nature des services disponibles dans la communauté, etc.). Les TS ont une parfaite connaissance de l'OEMC qui leur permet de naviguer dans ses items selon l'orientation du discours de la personne. Cette maîtrise de l'outil leur permet de croiser les informations qui leur est dit, ce qu'ils voient et ce qu'ils sentent. Ils savent que les informations collectées et les cotations qu'ils donnent ont une conséquence administrative pour la personne. Ils notent des faits qui serviront au besoin à soutenir ou à corriger le score Iso-SMAF. Ils ont une parfaite connaissance de leur territoire d'intervention. Pour la grande majorité, ces savoirs autour de l'objet sont peu formulés, ils semblent appartenir à la routine de leur activité.

Les TS observés et entendus ont aussi une grande maîtrise de la dimension relationnelle, que nous avons plus appréhendée dans sa dimension langagière. Nous trouvons une dimension dialogique, avec les personnes directement aux prises avec la perte d'autonomie, avec l'entourage de ces personnes. Ces derniers constituent le volet « clientèle » du TS, et bien que peu développé ici, ils aussi font preuve de cette même maîtrise avec les autres intervenants du réseau de la santé comme nous l'avons souligné dans les rencontres inter. Toujours est-il que les douze situations que les TS ont partagées lors de la recherche nous ont permis de saisir différents moments dans le



processus d'évaluation. Cette condition dialogique est imposée par la nécessité d'aller voir auprès de la personne, de la questionner sur ce qui empêche son quotidien. Nous avons repéré chez les TS le caractère adaptatif de leur approche de la personne en déclinant qu'il fallait composer avec son interlocuteur, que ce soit la personne âgée ou l'entourage de cette dernière. La collecte des informations est effectuée par une fragmentation thématique de la vie de la personne à partir de catégories proposées par l'OEMC, il incombe au TS de faire l'analyse de ces informations. Nous avons pointé dans la collecte des informations le point de rupture à partir duquel le TS constate dans son raisonnement clinique une dissonance entre ce qu'il voit, ce qu'il entend et ce qu'il sent. Nous avons souligné le recours systématique aux sens propre et figuré dans l'usage de ces trois verbes. Cette dissonance nécessite de poursuivre un raisonnement clinique plus long, qui conduit le TS à la problématisation de la situation. Cette problématisation s'entend dans une perspective dialogique. Si certaines pratiques diffèrent d'un intervenant à l'autre, tous les TS ont une préoccupation commune, pour ne pas dire constante, qui est de valider avec la personne qu'elle a compris ce qu'ils lui disent.

Le troisième objectif visait l'univers de la formation, souhaitant contribuer à mettre en forme ces savoirs pour les rendre disponibles et transmissibles à des fins de formation à l'activité évaluative des TS. Nous avons constaté, peut-être du fait du moment de la collecte, peut-être du fait de l'expérience des TS, que les douze principales situations au travers desquelles nous avons analysé les activités d'évaluation des six TS constituaient des situations génériques. En effet, ils ont eu à évaluer l'autonomie fonctionnelle de personnes dans des contextes de refus de services, de maltraitance ou d'abus vis-à-vis de la personne âgée, d'autonégligence, de tension ou de conflit entre la personne âgée et

son aidant ou entre l'aidant et le TS. Dans l'activité d'évaluation, ces conditions impliquent de passer d'une perception immédiate de la situation à sa construction par un raisonnement clinique plus long. Or, les résultats de terrain que nous avons proposés aux deux groupes de discussion ne permettent pas de transférer immédiatement ces conclusions comme savoirs transmissibles pour la formation des TS. La synthèse que nous venons de proposer à partir des trois objectifs formulés visait à répondre à la question de recherche, qui était initialement formulée comme suit : Quels sont les savoirs professionnels mobilisés dans/ par/ pour les activités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle? Nous avons dit comment la dissonance perçue par le TS, y compris dans le moment de la collecte des données, est le moment de rupture dans le déroulement de l'activité et vient augmenter l'amplitude du raisonnement clinique. Avant l'émergence de cette dissonance, le raisonnement clinique et la collecte d'informations sont, comme nous l'avons dit, en phase, c'est-à-dire que le raisonnement clinique s'effectue dans le même moment que la prise d'informations. L'activité est immédiate parce que les informations sont en cohésion entre elles, y compris les balises de l'autonomie fonctionnelle proposées par l'outil, et avec les valeurs professionnelles et personnelles du TS. Par contre, à partir de la dissonance, la situation n'est pas immédiatement saisissable par le TS. Celui-ci doit cerner ce qui nuit au déroulement de son activité car les informations ne sont pas en cohésion entre elles ou avec les balises usuelles de l'autonomie fonctionnelle, les valeurs de la profession ou les valeurs d'ordre plus personnel. La dissonance cognitive peut être analysée à partir du concept de médiation pour mieux saisir ce que fait un TS quand il évalue.

## **Chapitre 8. Analyse transversale de l'activité d'évaluation**

Nous avons décrit la procédure et le processus d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle par des TS expérimentés au sein d'un service. Cette première étape descriptive a conduit à distinguer entre l'attendu par le SAD et l'activité dans son déroulement en situation. L'analyse itérative des résultats que nous avons effectuée aboutit à l'identification de certains des savoirs mobilisés par les TS. Nous avons perçu ces savoirs comme deux objets distincts. Le premier est relatif à la perte d'autonomie fonctionnelle, le second a trait à la personne. Ce sont deux savoirs d'objet, et il y a au moins un troisième domaine de savoir portant sur le processus évaluatif. Ces objets et domaines de savoir sont mobilisés par les TS de manière adaptative selon des caractéristiques de la situation. Ce qu'ils perçoivent de la situation dans laquelle les TS interviennent comporte en effet des similitudes avec des situations auxquelles ils ont déjà eu à faire face. Cette compétence à la reconnaissance des similitudes résulte d'une construction de savoirs qui, pour les TS eux-mêmes, n'a pas ce statut de savoir. Nous avons vu à quel point la formulation des savoirs était complexe pour eux, y compris dans les temps de collecte de données, au moyen de l'entretien d'explicitation, qui, partant d'une activité bien concrète, devrait soutenir la réflexivité mais qui ne permet pas toutefois de les concevoir en tant que savoir. De plus, les commentaires colligés par les TS dans les notes évolutives et dans l'OEMC pour justifier leurs recommandations reposent sur des faits, des descriptions et des indices qui sont structurés par des outils cliniques standardisés. Les caractéristiques de la situation fonctionneraient en quelque sorte comme des médiateurs des savoirs. Or, nous observons que les TS qualifient volontiers leur activité d'intuitive.

Au mieux, les savoirs sont incorporés, expérientiels. Certains de ces savoirs semblent accessibles à la conscience, comme ceux relatifs au vécu du territoire, aux facilitateurs institutionnels, aux outils et procédures d'évaluation, qui ne peuvent s'apprendre que par la pratique de ce territoire géographique et institutionnel d'intervention. Nous avons donc ici un autre domaine de savoir, qui est d'évaluer en contexte, à appréhender plus dans le sens d'environnement de la pratique. Les savoirs mobilisés pour les objets *perte d'autonomie* et *personne âgée* et les domaines *environnement* et *territoire de la pratique* sont médiés par la situation. Pour mener son activité et parvenir à évaluer, le TS engage certains savoirs en fonction du caractère singulier du quotidien des personnes et des composantes cliniques multiples de la situation de perte d'autonomie et de leur évolution possible en fonction de la situation de vie de l'utilisateur. Le TS agit avec ses savoirs de manière adaptative; et là se trouve la compétence première de l'évaluation.

Nous avons introduit dans le chapitre consacré aux matériaux théoriques le concept de médiation. Celui-ci permet de comprendre l'articulation entre domaine de savoir, pratique évaluative et situation clinique. Nous proposons en rappel le schéma élaboré par Lenoir (2014), qui oriente notre réflexion :

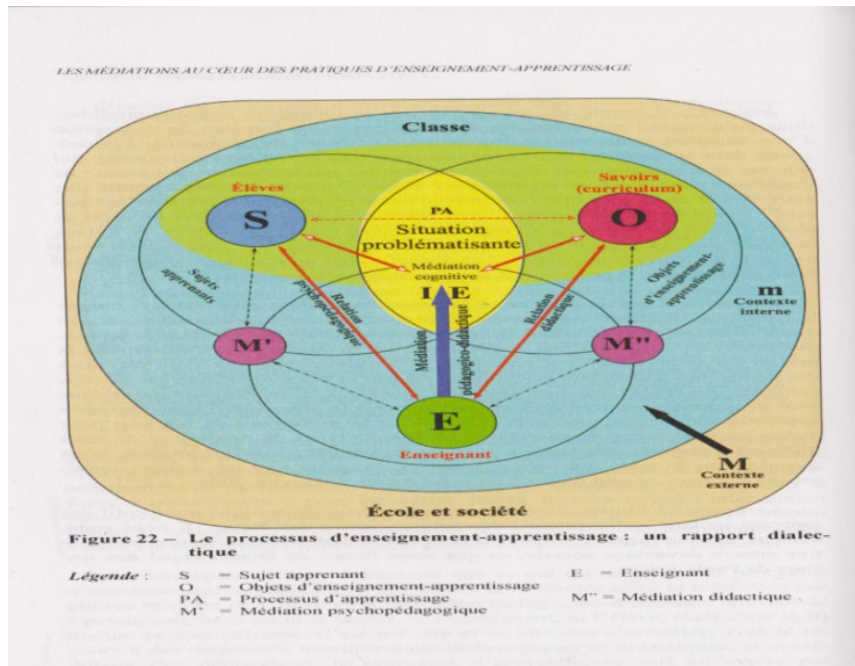


Figure 11 : Reprise figure 2 : le processus d'enseignement et d'apprentissage. Lenoir, 2014, p.306

Depuis la présentation du cadre conceptuel, il est entendu que la situation au cours de laquelle le TS évalue l'autonomie fonctionnelle d'une personne est constamment reliée à un contexte (historique, politique, social, culturel, sanitaire, technique, etc.). Si évaluer constitue un acte professionnel, celui-ci ne peut être effectué en abstraction des politiques publiques et des standards définitoires de l'autonomie fonctionnelle, qui sont eux-mêmes inscrits dans les outils standardisés. Ainsi, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle se déroule dans un univers organisé par des protocoles et des savoirs scientifiques et technologiques dans lesquels nous reconnaissons la place cruciale de l'OEMC à titre d'instrument permettant l'incarnation des politiques sociales et de santé dans l'espace clinique, un espace ontologiquement singulier.

Lorsqu'il évalue la personne âgée, le TS crée par sa seule activité les conditions d'une médiation ontologique<sup>138</sup>. Cette médiation inscrit l'intervention évaluative, dans les

<sup>138</sup> Nommée pédagogicodidactique dans ce schéma, créé pour l'univers scolaire.

termes du schéma, dans une médiation cognitive qui requiert la présence de l'évaluateur dans la situation clinique. Nous interprétons cette seconde médiation comme un mouvement amenant la personne âgée à la compréhension de sa propre situation par la prise de distance facilitée par l'intervention du TS. En ce sens, cette forme de médiation a une composante quasi pédagogique.

L'acte d'évaluer repose néanmoins sur de multiples savoirs situés qui résultent des expériences individuelles. Ces savoirs sont aussi construits en interaction dans le monde de l'intervention. Nous avons pointé que les rencontres cliniques (spécifiques aux TS), les rencontres interprofessionnelles (usuellement du SAD mais possiblement plus larges) et la durée de l'expérience au SAD forment cette expérience.

Nous pensons le raisonnement clinique comme un prolongement, voire comme la forme professionnalisée, incorporée dans l'habitus professionnel, de la médiation. En effet, le TS entre dans la situation singulière dans laquelle il est appelé à évaluer en possédant un (des) schème(s) opératoires de l'évaluation. Le but de son activité évaluative est de comprendre à partir de ce schème et d'énoncer dans une forme audible, compréhensible à autrui, comment compenser la perte d'autonomie fonctionnelle vécue par la personne qu'il rencontre. Cette relative objectivation de la situation est le produit de l'activité évaluative. Si la situation est par nature unique, son schème opératoire permet au TS d'y reconnaître les traits de situations qu'il a déjà rencontrées et qu'il a déjà évaluées. Du point de vue de l'activité du TS, l'évaluation est ce mouvement constant naviguant du singulier (la situation) au général (les situations dans lesquelles il a eu à faire et les normes et taxonomie de la perte d'autonomie fonctionnelle) et du général au singulier, ce qui requiert un processus médiateur. La situation, avec ces singularités, doit être

reconnue comme « intervenable » c'est-à-dire reconnaissable par ses similitudes avec la taxonomie de l'autonomie fonctionnelle reconnue légitime par le système d'intervention.

Nous reproduisons ici pour rappel le schéma introduisant le raisonnement clinique comme issue du double mouvement de médiation.

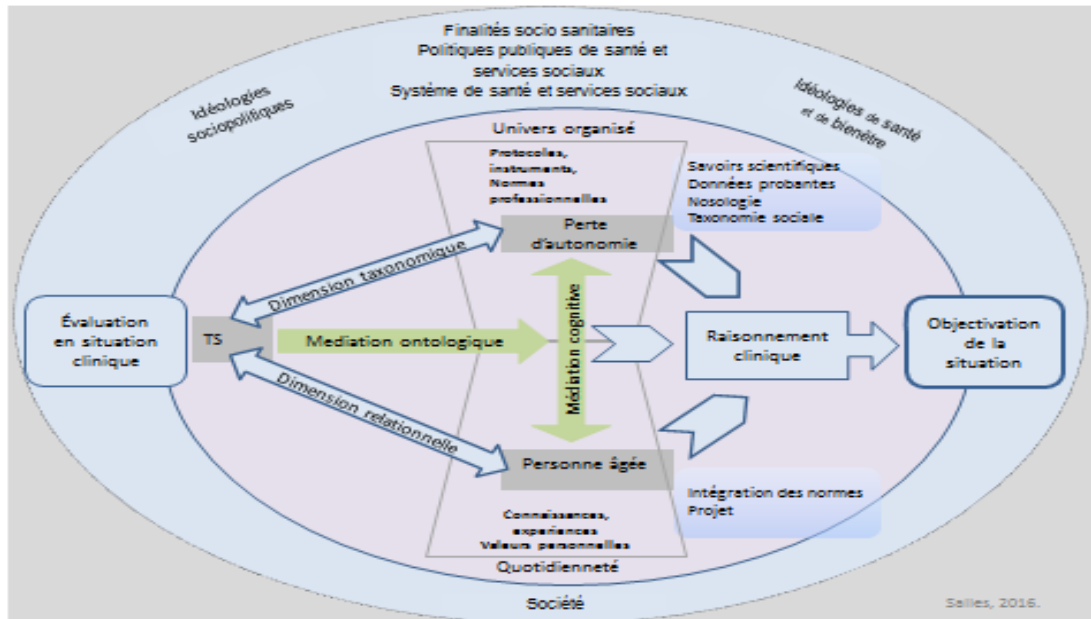


Figure 12 : La médiation, précurseur du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Par sa connaissance de l'objet *perte d'autonomie* et par le lien qu'il sait établir avec la *personne* en situation, le TS pose les prémices d'une médiation ontologique relative à l'être en tant que personne dans sa condition. Par cette médiation, il crée les conditions nécessaires pour une prise de distance de la personne âgée d'avec son quotidien, sa condition invalidante. Cette médiation cognitive permet à la personne âgée de se projeter dans ses intentions de compensation pour son propre mieux-être. Ce double mouvement implique la personne âgée dans un processus d'objectivation relative de la situation prenant en compte la perception qu'elle en a elle-même. Le cheminement parcouru est celui du raisonnement clinique pour une problématisation résultant de l'objectivation de

la situation, mais d'une objectivation qui donne une chance à la singularité d'être reconnue. Telle d'ailleurs peut-être la définition de la *prudentia* professionnelle, au sens de Champy (2010). Ce cheminement est forcément dialogique.

Or, suite à l'analyse des activités observées, il apparaît que le raisonnement des TS dans l'évaluation est souvent réduit à une représentation instinctuelle. Lorsque le TS réfère explicitement à des valeurs personnelles, ses conclusions orientent l'activité dans une posture dichotomique tranchée entre « ce qui est » et « ce qui devrait être. » Il s'agit alors de valeurs morales empruntées au quotidien du TS que celui-ci juxtapose au quotidien et à la situation de la personne. Il serait candide de penser l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle ou une autre évaluation en abstraction de toute représentation impliquant la personne derrière le TS. D'ailleurs, Jaeger (2007) rappelle que l'évaluation est toujours à la rencontre de la norme et du jugement. Quand il s'agit d'entrer dans la vie des personnes et d'évaluer ce qu'elles vivent, le TS agit dans la situation comme celle-ci agit sur lui. Certaines situations ont des résonances personnelles plus fortes que d'autres et il est éthique de l'admettre. Nous avons observé que la récurrence de certains attributs des situations génère une manière de faire chez les TS, plus prompts à confronter qu'à construire, parfois en référence aux normes professionnelles, à leurs propres valeurs et à leur seuil de tolérance face à la situation. La variabilité des conduites d'intervention en situation d'autonégligence ou de maltraitance en donne une illustration. Nous pouvons dire que certaines situations, par leurs composantes, vont faire réagir les TS. Ces derniers semblent confrontés à des limites, à leurs propres limites, et, en retour, ils confrontent la personne âgée. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle repose alors sur un raisonnement instinctuel.



Le schéma ci-dessous présente l'évaluation guidée par le raisonnement instinctuel :

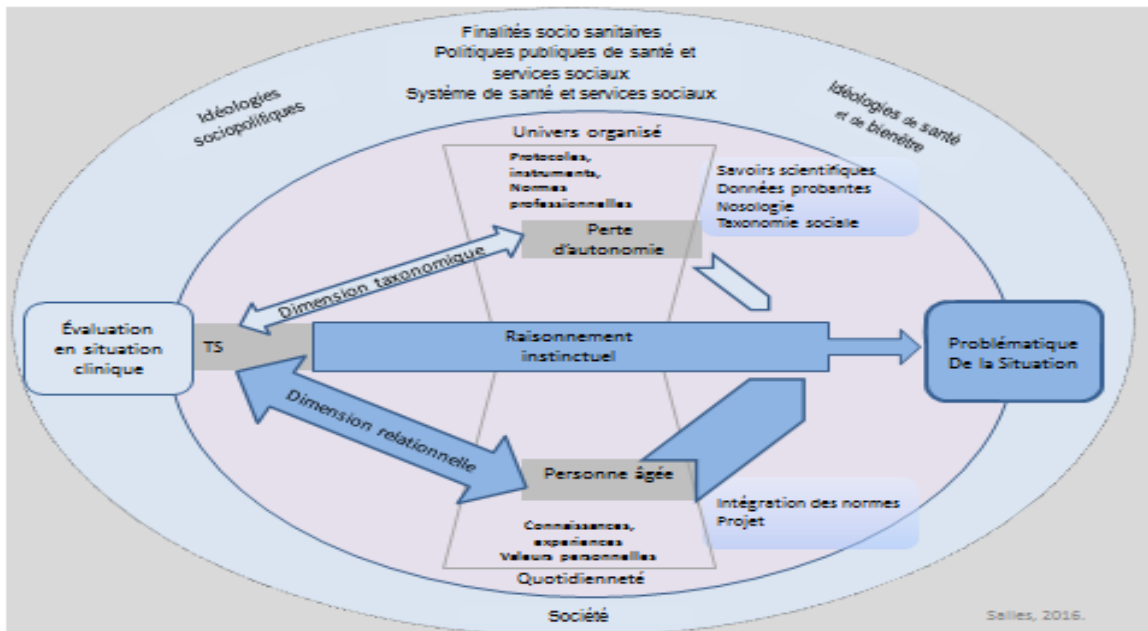


Figure 13 : Le raisonnement instinctuel dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

Selon nous, cette configuration de l'évaluation laisse voir des conditions inachevées de médiation. Le raisonnement instinctuel est si immédiat qu'il semble irréfléchi, a-réflexif, ne permettant pas à la médiation cognitive d'advenir pleinement, notamment si les jugements de valeur sont trop rapidement ou spontanément convoqués. Il n'y a pas ici de double mouvement de médiation. Nous comprenons que la dimension relationnelle prime sur la dimension taxonomique sans pour autant l'évincer complètement du raisonnement en cours. L'intervention du TS est toujours légitimée dans le contexte du SAD par l'univers organisé qui construit l'objet *perte d'autonomie*. La situation est immédiatement saisie par le TS comme étant problématique. Ainsi, elle est avant tout perçue comme un problème qui est personnel à la personne âgée et qui peut être résolu. Le mode opératoire serait alors plus celui de la confrontation, à défaut de quoi le TS effectuera une intervention rapide et forte (par exemple, l'homologation du mandat en cas d'inaptitude). La situation de « La touriste mexicaine » en serait une illustration. Le

TS réfère explicitement à son propre système de valeurs (ce ne sont pas des façons d'aimer son conjoint, d'être en conflit avec sa propre fille ou d'aller faire la fête). Ces observations conduisent à invalider le choix de Madame comme mandataire. Dans une autre situation, le TS, qui se retrouve happé par le diagnostic de fin de vie de la personne, doit faire l'effort de renouer avec l'objet *perte d'autonomie fonctionnelle* pour soutenir la personne, dans le temps qu'il lui reste à vivre, dans son projet, y compris de fin de vie.

Nous avons aussi rencontré des situations d'évaluation où le raisonnement est plus sur le versant que nous avons qualifié de déontologique. Le TS convoque alors les règles, les normes de l'établissement ou de la profession pour conforter ou légitimer son activité. Nous avons identifié le recours à ce raisonnement, là où la rencontre interprofessionnelle ne parvient pas à un regard partagé, là où le TS se protège des récriminations émises le plus souvent par les aidants. L'évaluation de l'autonomie se résout dans une sphère où la personne en perte d'autonomie n'est pas, n'est plus, impliquée. Nous supposons alors que, dans l'activité d'évaluation, la dimension taxonomique prime sur la dimension relationnelle. Nous avons observé que, lorsque le TS convoque le raisonnement déontologique ou d'autres matériaux normatifs institués, la personne âgée n'est plus le sujet mais l'objet d'une intervention de protection, parfois d'un conflit entre professionnels ou institutions (dans le cas du dossier « Ping-pong) ou entre le TS et l'entourage de la personne (« Les aidants épuisés qui menacent »). L'évaluation a perdu sa dimension dialectique impliquant la personne concernée par la perte d'autonomie. Dans cette configuration, si le terme de médiation s'applique, il le serait sous l'angle de la gestion de conflit où le TS n'est pas médiateur puisqu'il est partie prenante dans ce

conflit. Il y a donc dans la situation des conditions singulières qui provoquent la bascule d'une posture à l'autre.

Le schéma ci-dessous expose le cheminement du raisonnement déontologique. La (ou les) dimension(s) taxonomique(s) devient (deviennent) prioritaire(s) sur les dimensions relationnelles. Contrairement au schéma du raisonnement instinctuel, où la dimension taxonomique peut difficilement être délogée du raisonnement, ici, en dehors de l'obtention du consentement à recevoir des soins et à ce que les informations du dossier soit partagées (qui sont des normes), la part relationnelle peut être exclue du processus.

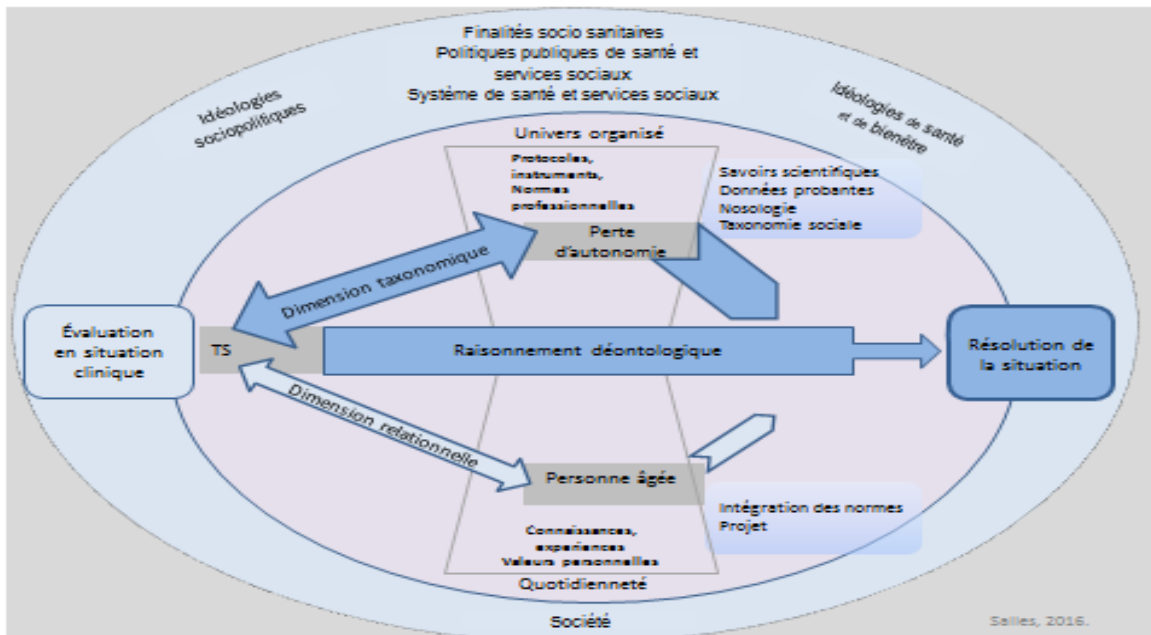


Figure 14 : Le raisonnement déontologique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

L'activité conduit alors à une résolution du conflit entre les protagonistes excluant en tout ou en partie la personne âgée et à une résolution technique de la situation recentrée sur la taxonomie de l'objet *perte d'autonomie fonctionnelle*.

Or, selon nous, pour être entendue comme médiation, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle devrait suivre la voie combinant deux formes de raisonnement, à savoir le

raisonnement instinctuel (qui favorise la dimension relationnelle) et le raisonnement déontologique (qui privilégie la dimension taxonomique). Le TS trouve un équilibre entre ces deux dimensions. La déclinaison des « savoir composer »<sup>139</sup> identifie certains moments de cet équilibre, comme l'illustre l'approche d'Élie dans le dossier de « Princesse. » L'activité évaluative en situation est alors dialectique : du TS avec la situation, du TS avec la personne âgée, de la personne âgée impliquée dans la compréhension de sa perte d'autonomie et l'expression de ses désirs à l'égard du plan d'intervention, du TS vis-à-vis de lui-même. Elle convoque à la fois la question du sens dans un rapport au savoir qui est aussi un rapport à soi et au monde pour le TS et pour la personne âgée. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle peut alors être émancipatoire dans ce que la personne est en mesure d'accepter de la suite de sa vie, y compris en perte d'autonomie.

Dans le même temps, la situation et le raisonnement questionnent le TS sur ce qu'il est en mesure d'accepter professionnellement, individuellement et humainement. C'est donc un équilibre qui peut être dit raisonnement clinique éthique. Comme nous l'avons exposé dans le cadre conceptuel, celui-ci « exige de passer à l'analyse et au choix des valeurs qui donnent sens à la meilleure décision possible dans les circonstances » (Boisvert, Jutras, Legault, Marchildon et Côté, 2003, p. 74). Richard souligne que « si l'éthique est considérée comme un rapport à soi [...], un rapport aux autres et au monde, pour être délibérative, elle doit pouvoir se justifier dans la rencontre interhumaine, dans le dialogue et la communication » (Richard, 2008, p. 214).

---

<sup>139</sup> Savoir composer dans la situation (savoir composer avec la personne : savoir entrer malgré les attitudes de refus, savoir questionner le quotidien, savoir jusqu'où la personne est en mesure de décider : les situations d'autonégligence et de maltraitance); Savoir composer avec l'entourage des personnes (savoir coopérer avec l'entourage positif, savoir neutraliser l'entourage négatif, savoir tempérer l'exigence de l'entourage dominant) ; Savoir composer avec soi-même.

Le TS navigue alors entre le risque et le blâme (Douglas, 2005/1971). Le risque est celui que la personne âgée est capable d'assumer en toute conscience, ce qui renvoie à une éthique de l'autonomie. Dans la situation de « Princesse » (Observation; Entretien d'explicitation Élie), Madame vient de chuter et sa démarche est fragile, ce qui affecte sa vie à domicile. Concrètement, si Madame ne porte pas de protection (une culotte d'incontinence), elle risque de souiller son lit ou encore de se lever la nuit et glisser en marchant dans sa propre urine, etc. Le blâme, qui fait référence à une éthique de protection, concernera le TS qui n'aura pas évalué les risques encourus et ne sera pas parvenu à les faire évaluer par Madame. N'ayant pas considéré l'incontinence comme un obstacle à son intégrité et à sa sécurité, « Princesse » n'en aura pas considéré l'incidence sur son autonomie. Par conséquent, Madame n'envisagera pas des solutions compensatrices (porter des protections) ou d'aménagements possibles de son domicile (avoir sa chambre en rez-de-chaussée) pour y remédier.

L'évaluation est donc une activité de composition entre ce qui est possible au regard d'un raisonnement éthique idéal et ce qui est raisonnable au prisme du raisonnement prudentiel (Champy, 2009), la *prudentia*, qui recherche l'ajustement singulier à la situation entre une éthique de protection et une éthique de l'autonomie. Nous introduisons la notion de prudence en référence à la proposition de Champy (2009)<sup>140</sup> au sujet des « professions à pratique prudentielle. »

Ce travail ne consiste pas -- ou pas principalement -- à appliquer *mécaniquement* des savoirs scientifiques. Face à des problèmes singuliers et complexes, les professionnels prennent des décisions qui comportent une dimension de délibération et même de pari : le travail professionnel est *conjecturel* parce qu'il

---

<sup>140</sup> Dans les citations de Champy, les mots en italique sont soulignés par l'auteur lui-même.

porte sur une réalité qui échappe inévitablement à toute maîtrise systématique.  
(Champy, 2009, p. 84)

Le TS, dans son activité évaluative, doit accepter la part d'incertitude due au caractère évolutif de la situation et chercher à instaurer une protection juste, la plus adéquate, par les moyens de compensation de la perte d'autonomie qu'il proposera de mettre en place.

Quoiqu'il en soit de cette recherche d'équilibre entre ces deux éthiques, l'issue du raisonnement clinique soutenant l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est toujours assujettie au faisable. Autrement dit, l'activité d'évaluation *in fine* est moins ce que le TS peut faire dans l'idéal de sa profession que ce qu'il peut faire dans la situation. Ce moment est fortement contraint par la situation de la personne et par ce qu'elle comprend elle-même de sa situation. Il est tout aussi contraint par le contexte politique, social, économique et surtout organisationnel qui reconnaît ou pas la légitimité du besoin exprimé par la personne âgée, entendu par le TS et des moyens concrets dont le SAD dispose pour soutenir la personne à domicile.

Tout au long de la recherche et certainement à l'origine de la recherche, nous nous interrogeons sur ce que « voient » les TS quand ils questionnent la perte d'autonomie d'une personne, questionnement que nous retrouvons dans la citation suivante :

Aussi doit-il [le chercheur] également s'interroger sur la façon même dont ceux qu'ils observent et qui lui parlent (et lui-même) organisent et catégorisent le monde : quel regard portent-ils sur les élèves, sur les professeurs, sur leur travail, sur l'école, et, en définitive, sur les hommes, sur la société et sur le monde?  
(Charlot, 1997, p. 14)

Quel(s) regard(s) les TS rencontrés portent-ils sur la perte d'autonomie des personnes ?

Ce questionnement a fortement été influencé par la démonstration de Charlot pour ses objets d'étude quand celui-ci écrit que « l'échec scolaire » recouvre « l'ensemble de ces

phénomènes, observables, avérés, que l'opinion, les médias, les enseignants regroupent sous le nom "d'échec scolaire" » (Charlot, 1997, p. 15).

Nous pouvons remplacer « échec scolaire » par « perte d'autonomie fonctionnelle », qui, par analogie, serait alors comme l'ensemble de ces phénomènes, observables, avérés que l'opinion, les médias, les outils cliniques, les TS regroupent sous ce nom. Nous y voyons clairement la perte d'autonomie comme catégorie conceptuelle de la vieillesse. Le hiatus entre la profession de TS et cette catégorie conceptuelle découle du but de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. La désignation d'autonomie fonctionnelle est neutre, alors que le mobile de l'activité est compensatoire des pertes. Effectivement, c'est le caractère dysfonctionnel ou à risque perçu dans une situation qui légitime l'activité d'évaluation. Cette perception est implicitement reliée à la conception de la perte d'autonomie.

Par ailleurs l'intervention d'un TS, comme le rappelle la définition (FITS, 2014), vise, comme nous l'avons vu précédemment, le changement social, la cohésion sociale, etc.

Le travail social est une profession fondée sur la pratique et une discipline académique qui favorise le changement social et le développement, la cohésion sociale, l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, les droits humains, la responsabilité collective et le respect des diversités sont au cœur de l'action sociale. Soutenu par les théories de travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et les connaissances autochtones, le travail social engage des gens et des structures pour relever les défis de la vie et d'améliorer le bien-être. (p. xx)

Force est de constater que les TS sont rarement appelés à intervenir dans des situations sociales, familiales ou communautaires dans lesquelles « tout va bien. » Ce qui légitime leur intervention est au niveau social implicitement problématique et leur évaluation doit en permettre la problématisation dans sa diminution singulière mais au regard de taxonomies de problématiques produisant, quand elles sont reconnues dans la situation

singulière de l'utilisateur, une forte légitimité d'intervenir. Nous avons trouvé avec Charlot et son « invention du concept d'échec scolaire » la continuation de l'analyse de Rémi Lenoir (1979) sur l'invention du troisième âge, notamment par la réification de l'objet non plus seulement de troisième âge mais de perte d'autonomie :

Mais ce n'est là qu'un nom générique, une façon commode de désigner un ensemble de phénomènes ayant, semble-t-il, quelque parenté. Le problème est que peu à peu on a réifié ce nom générique, comme s'il existait une *chose* nommée « échec scolaire » [pour nous, perte d'autonomie]. (Charlot, 1997, p. 15)

L'intervention sociale, en saisissant l'objet *perte d'autonomie*, l'a transformée en objet concret, objectivable sur une ligne tendue entre la cognition et la mobilité, catégories cliniques qui structurent l'OEMC. Or, la condition du domicile, qui est privilégiée par les politiques publiques, fait que la « chose » perte d'autonomie n'est pas réductible à l'état d'objet. La personne et les conditions de vie de celle-ci modulent l'objet *perte d'autonomie*, modulent l'effectivité dans l'espace fonctionnel d'un problème de mobilité selon que la personne est bien accompagnée ou pas, par exemple. Comme Sacha nous a permis de le comprendre, les pathologies qui entrent dans la taxonomie des maladies associées à la perte d'autonomie ont des diagnostics, mais la perte d'autonomie ne fait pas l'objet d'un diagnostic, elle est le produit d'une évaluation.

Nous avons écrit dans le chapitre sur le fondement de l'évaluation qu'elle est l'estimation d'un écart au regard d'une norme, elle est basée sur l'appréciation d'un risque, possible, probable, contenu dans cet écart. Partant de cette probabilité, l'évaluation conduit à prendre des décisions pour réduire ou compenser l'écart estimé. Par cette reformulation, nous entendons que l'évaluation est un processus d'ajustement entre ce qui est vu et ce qui est fait ou devrait être fait, ce qui explique qu'elle prend



place à la fois avant et après l'intervention tout en étant elle-même une intervention sociale (comme le montrent les définitions canoniques de l'intervention sociale rédigées par Du Ranquet (1983) ou De Robertis (2007)).

Dans ce contexte, la compétence à l'ajustement est critique. Les TS naviguent dans l'univers des listes qui appartiennent à la taxonomie comme ils naviguent entre les indices qu'ils perçoivent en situation. Nous proposons le schéma suivant pour exposer cette réflexion:

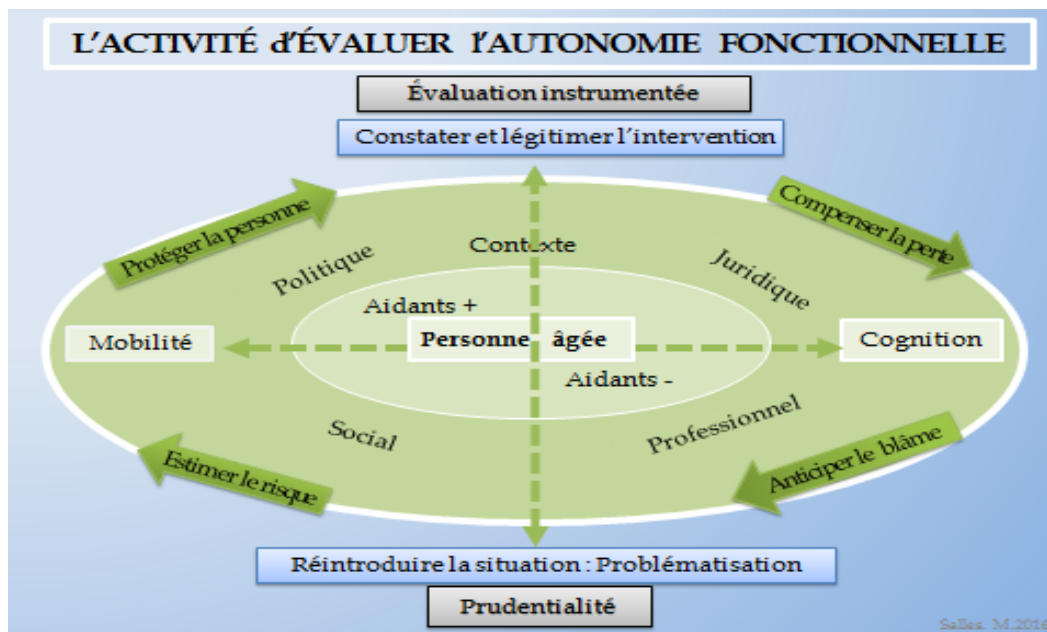


Figure 15 : Balises du raisonnement clinique dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

L'évaluation est une activité contextualisée politiquement, juridiquement, socialement et historiquement. L'activité évaluative du TS concerne explicitement une personne qui se retrouve au centre de la situation, entre les deux pôles de la mobilité et de la cognition, les balises de l'autonomie fonctionnelle. Au plus proche de la personne dans son quotidien, l'entourage joue un rôle prépondérant et vient atténuer ou accentuer la perte d'autonomie en coopérant ou s'opposant de multiples façons dans l'activité de la

personne. Or, l'entourage peut être absent du quotidien de la personne, que cette absence résulte d'une rupture familiale ou tout simplement d'un défaut de descendance. Nous sommes alors dans l'éthique de la protection de la personne lorsqu'il s'agit par exemple d'invalider son aptitude à décider pour elle-même ou de la protéger en la conduisant dans un domicile moins à risque pour elle. Le TS navigue entre la résolution de problème et sa problématisation.

Quand il faut agir, notamment du fait qu'il estime que la personne n'est plus en mesure de prendre des décisions éclairées pour elle-même ou quand les aidants nuisent d'une façon ou d'une autre à la personne, il est alors nécessaire de protéger la personne, y compris par la mesure juridique d'invalidation de son aptitude. Ceci représente la partie supérieure du schéma.

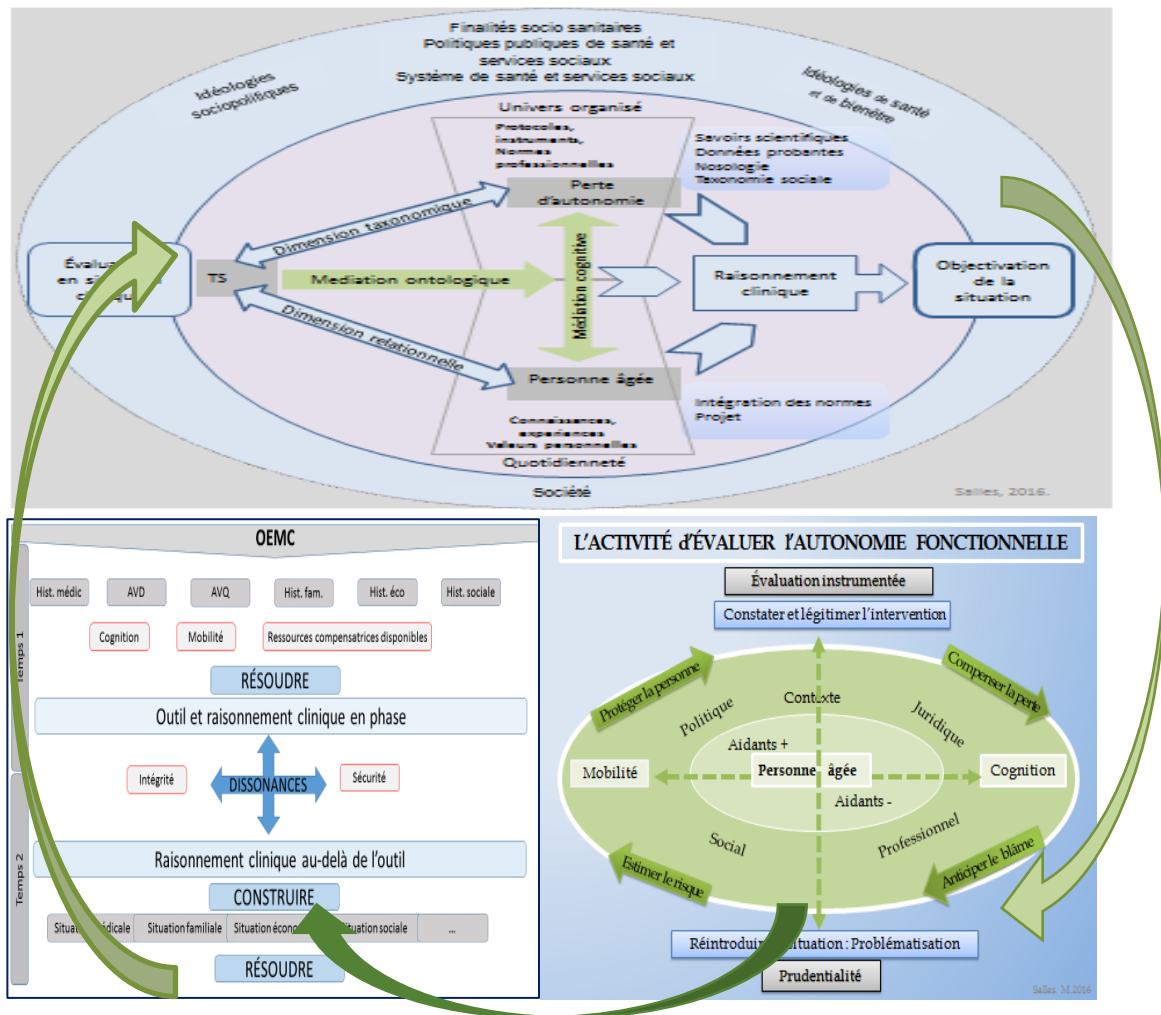
Par contre, les aidants peuvent être, comme nous l'avons vu, des alliés collaboratifs du TS. Ils agissent favorablement auprès de la personne âgée, ils la soutiennent, ce qui permet à cette dernière de mener à bien son projet. Dans cette partie inférieure du schéma, le praticien fait preuve de prudence. Pour Champy, la prudence représente « la singularité des métiers du matériau humain sur lequel le travail porte », spécifiant « que l'analyse des problèmes que traitent les professions, dont il est question ici est potentiellement infinie. » Or, ces composantes de « singularité et complexité sont sources d'*incertitudes* » (Champy, 2009, p. 84). Et, de fait, « c'est bien parce que la réponse ne coule pas de source qu'une délibération plus ou moins longue du professionnel est nécessaire » (Champy, 2009, p. 85). L'auteur de conclure qu'« un savoir totalement formalisé ne suffit pas à guider ce type de décisions » (Champy, 2009, p. 85). Mais, pour ce faire, le TS navigue entre le risque et le blâme. Le risque est à

l'aune de la mise en danger qu'il est prêt à accepter dans le choix de la personne âgée. Le blâme professionnel, social, moral, concerne ce qu'il aurait dû voir ou faire et ce qu'il n'a pas vu ou fait. Le blâme survient si les conditions de vie de la personne s'avèrent risquées. La médiatisation des catastrophes humaines impliquant par exemple les personnes en perte cognitives égarées en hiver a un poids effectif dans le raisonnement du TS. Nous sommes alors dans l'éthique de l'autonomie.

Entre résoudre et construire, entre le blâme et le risque, nous comprenons que ce n'est pas seulement une question de technique et d'aptitudes acquises à manipuler un outil comme l'OEMC qui permettent au TS de mener son évaluation. Il s'agit de soutenir la personne dans son projet, parfois avec une marge d'incertitude conduisant à une prise de risque. L'existence de cette marge est claire dans la situation du « Couple qui avait fait un pacte », où madame est à domicile et effectivement à risque. Les risques semblent même multiples, ce qui augmente le caractère complexe de la situation. Il en est de même dans le pari pris avec « Le frère, la sœur et les deux chiens », qui a consisté à les amener progressivement à reprendre le dessus par un minimum d'hygiène dans leur logement dans la perspective de faire revenir les services d'aide à domicile.

En synthèse, nous voyons une articulation entre les principaux schémas que nous avons précédemment proposés. Retenons que le point central de la recherche porte sur l'activité du TS. La place de la personne âgée, dans ce raisonnement qui la concerne au premier chef, n'est pas toujours claire. Le raisonnement clinique suppose le mouvement de médiation cognitive alors même que l'activité d'évaluer navigue entre l'univers organisé et le risque estimé par le TS, pour la personne et pour lui-même. Par contre force est de constater que lorsque la personne n'est pas dans le processus pour

différentes raisons (refus de service, pertes cognitives estimées trop prononcées pour prendre en compte son désir) nous ne sommes plus dans un raisonnement soutenu par les médiations.



Nous avons vu que la collecte d'informations avec l'OEMC et le raisonnement clinique sont imbriqués jusqu'à un point de rupture perçu par le TS comme découlant de constats dissonants. Cette dissonance prolonge le raisonnement clinique pour cerner le point de résistance dans la situation chez la personne et son entourage. L'issue de l'évaluation consiste alors en une objectivation prudentielle de la situation. L'observation et les

entretiens menés avec des TS expérimentés nous conduisent à ces conclusions. En effet, nous souhaitons questionner l'activité des TS quand ils évaluent à partir de la didactique professionnelle afin de mieux connaître cette intervention, dont on sait finalement peu de choses, sur sa composante professionnelle :

[...] à pratiquer, il y a des choses que l'on sait, et que ne savent pas ceux qui « n'ont pas la pratique. » Ainsi, un vendeur ou un instituteur réagira « d'instinct », de façon pertinente dans telle ou telle situation, ce que ne saurait pas faire celui qui n'a pas la pratique de la vente ou de l'enseignement. [...] Celui qui « a de la pratique » vit dans un monde où il perçoit des indices que d'autres n'apercevraient pas et il y dispose de repères et de gamme de réponses dont d'autres seraient démunis. [...] La pratique [...] suppose et produit de l'apprendre. (Charlot, 1997, p. 72)

## Chapitre 9. Discussion générale

Quels sont les savoirs professionnels mobilisés dans/par/pour les activités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ? Cette question de recherche souhaitait énoncer certains savoirs de l'activité avec l'intention de les rendre disponibles pour la formation des TS au Québec. Cela suppose qu'ils soient mis en forme pour pouvoir être transmis et transmissibles du monde de la pratique vers le monde académique. Les savoirs que nous avons identifiés sans intention d'exhaustivité doivent cependant prendre une forme organisée. Pour ce faire, les savoirs sont usuellement classés en catégories. Habboub rappelle à ce propos ce qui suit :

Si Barbier (1996) fait la distinction entre les savoirs théoriques (savants, scientifiques) et les savoirs pratiques (savoirs d'action, d'expérience, savoir dans l'action), Malglaive (1990) distingue quatre composantes du savoir professionnel. Il s'agit des savoirs théoriques, des savoirs procéduraux, des savoir-faire et des savoirs pratiques. (Habboub, 2005, p. 95)

Nous avons en partie emprunté cette voie en utilisant comme catégories analytiques le système des informations satellites de l'action vécue, qui a été élaboré par Vermersch (contexte, intentions, déclaratif, jugements, procédural), dont nous avons présenté le schéma (section 3.3.3).

Ce système nous a permis de distinguer dans le langage des TS ce qu'ils font (le déclaratif, avec indistinctement les savoirs théoriques ou procéduraux) et comment ils le font (le procédural, les savoirs pratiques), ce qu'ils pensent quand ils le font (les intentions), ou ce qu'ils se disent quand ils le font (les jugements). Pour nous, le point le plus critique concerne la différenciation claire entre le savoir pratique et le savoir théorique. Par exemple, évaluer la mobilité d'une personne relève à la fois du savoir pratique, du savoir théorique, du savoir procédural et réglementaire, voire d'autres

catégories de savoir que nous n'avons pas représentées ici. Le savoir pratique nous permet de reconnaître comment la personne aménage parfois son domicile en créant des points d'appui au moyen de meubles judicieusement disposés sur ses itinéraires principaux. Le savoir théorique nous instruit par exemple sur le fait que la maladie de Parkinson, par l'atteinte des neurones moteurs, a comme conséquence une modification de la marche de la personne en « petits pas de patineur. » Le savoir procédural fait que la démarche est observée pour demander à l'ergothérapeute de venir évaluer à son tour la pertinence des aides à la marche. Le savoir réglementaire indique que si la personne est en mesure de parcourir une distance de dix mètres, elle se trouve dans la catégorie des personnes mobiles malgré son atteinte.

Or, quand le TS évalue la mobilité de la personne qui est devant lui, il utilise potentiellement ces différentes ressources sans pour autant être en mesure de repérer clairement, et donc encore moins de dire, ce qu'il utilise comme savoir(s) et s'il y a une hiérarchisation des savoirs selon leur nature. Il nous est donc difficile d'organiser les savoirs identifiés de l'activité des TS dans les catégorisations proposées par la littérature savante. En effet, ce que nous continuons par facilité à désigner comme savoirs est relié aux situations dans lesquelles, à partir desquelles et pour lesquelles les TS agissent. Nous avons ouvert sur l'incertitude de l'activité en l'inscrivant dans le registre des pratiques prudentielles. La formalisation des savoirs devient alors complexe. Ainsi, nous estimons à ce jour que le dernier objectif n'est que partiellement atteint, mesurant que :

[...] la pratique mobilise des informations, des connaissances et des savoirs, et en ce sens il est exact qu'il y a des savoirs dans la pratique, mais cela ne signifie pas, cette fois encore, qu'elle *soit* un savoir. (Charlot, 1997, p. 72)

Cette mise en forme pourrait faire l'objet d'un approfondissement, d'une suite à donner à la thèse. Les éléments suivants constituent néanmoins des prémices de réponse, des matériaux pour la didactisation, que nous sommes en mesure d'avancer. À cette fin, nous proposons de relire les savoirs identifiés lorsque les TS évaluent l'autonomie fonctionnelle des personnes à partir du lexique emprunté à la didactique professionnelle.

### **9.1. Les emprunts au lexique de la didactique professionnelle**

En analysant l'activité, nous souhaitons mieux connaître la pratique des TS, ce que font ces professionnels quand ils évaluent l'autonomie fonctionnelle des personnes. Nous avons souligné dans la problématisation de la question de recherche le statut incertain de la gérontologie et de l'activité d'évaluation dans la formation initiale des TS au Québec. Notre recherche souhaitait rapprocher sur ce point la pratique et la formation. Ces intentions rejoignent celles de la didactique professionnelle partant de la définition que Mayen en propose :

[La didactique professionnelle] peut être définie comme une démarche d'analyse cognitive de l'activité des professionnels en situation afin, dans un premier temps, d'extraire les savoirs de référence exigés par la tâche et, dans un second temps, de construire des situations de formation pour le développement des compétences. (Mayen, 1997, p. 10)

Or, il apparaît qu'entre l'extraction des savoirs de l'activité et la construction des situations de formation, la formalisation des savoirs nécessite une part de conceptualisation. Comme nous l'avons écrit dans le cadre théorique, le projet de la didactique professionnelle part de l'hypothèse que l'activité humaine est organisée sous forme de schèmes dont le noyau central est constitué de concepts pragmatiques. Nous reprenons ici les axes de délimitation des termes tels qu'ils ont été proposés dans le chapitre théorique :



Un schème est une totalité dynamique fonctionnelle et une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations. Un schème comporte quatre catégories distinctes de composantes :

- Un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations ;
- Des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;
- Des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte) ;
- Des possibilités d'inférence (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006, p. 152).

Vidal-Gomel et Rogalski définissent ainsi les concepts pragmatiques :

Les concepts pragmatiques ont une double face : ce sont des invariants opératoires qui structurent l'activité en permettant un couplage fort entre prise d'information et opérations exécutées ; ce sont des invariants conceptuels qui permettent aux représentations de « se structurer en mettant l'accent sur les relations essentielles existant entre les variables de la situation » (Samurçay et Pastré, 1995, p. 16). (Vidal-Gomel et Rogalski, 2007, p. 51)

Le nœud de notre proposition tente d'articuler les savoirs que nous avons identifié aux concepts pragmatiques, aux invariants opératoires et aux schèmes de l'action. Or, dans ce mouvement de conceptualisation, il nous semble reconnaître aussi des concepts quotidiens (Vygotski, 1997/1934). Ceux-ci viennent s'ajouter aux invariants opératoires (Pastré, 1999) et aux schèmes (Vergnaud, 1989). Nous ne formulerons donc pas pour l'instant de concepts pragmatiques, qui nous paraissent être moins saisissables.

### **9.1.1. L'apport des concepts quotidiens de Vygotski**

La didactique professionnelle fonde en partie ses origines dans les recherches de Vygotski (1997/1934) qui, dans le sixième chapitre de son ouvrage *Pensée et langage*, entre en dialogue avec Piaget autour de la notion de concepts scientifiques. Nous avons constaté combien il était difficile aux TS entendus de référer à des savoirs formels. Par contre, nous avons souligné l'abondance de descriptions pour dire la situation et leur activité dans la situation, parfois jusqu'à la reconstitution des dialogues qu'ils ont eus avec la personne ou son entourage.

Ailleurs, les TS réfèrent à un système de valeurs appartenant à un registre plus personnel. Quand le TS dit que ce que fait « La touriste mexicaine » à son conjoint et à sa fille, ce n'est pas aimer, ce qu'il voit de l'attitude de Madame ne correspond pas à ce qu'il éprouve. Et ce qu'il éprouve entre dans l'évaluation qu'il fait de l'aptitude de Madame de s'occuper de son conjoint. Les arguments ne sont pas empruntés au registre du droit de la famille ou aux données probantes. Pour ce faire, le TS convoque sa propre conception d'épouse ou de mère. Le parallèle peut, à notre avis, être fait sans trop de difficulté avec le concept de frère qui, selon l'auteur, représente le « concept quotidien typique » (Vygotski, 1997/1934, p. 299).

Selon nous, certains des savoirs mobilisés par les TS seraient des :

[...] formes de pensées ou concepts quotidiens qui ne se développent pas dans un processus d'assimilation d'un système de connaissance, apporté par l'enseignant, mais se forment dans le processus de son activité pratique et de sa communication immédiate avec son entourage. (Vygotski, 1997/1934, p. 274, note 1)

Ainsi, des savoirs sont apportés par la formation et l'étudiant arrive avec son propre bagage fait de concepts quotidiens, pour rester dans le vocabulaire choisi de la didactique professionnelle. Nous comprenons et actualisons la locution concepts quotidiens dans une formulation plus usuelle, à savoir celle de la connaissance expérientielle et subjective, personnelle. En effet, « [l]a connaissance est le résultat d'une expérience personnelle liée à l'activité d'un sujet doté de qualités affectivo-cognitives ; en tant que telle, elle peut être transmise, « elle sert sous le primat de la subjectivité » [Monteil, 1985] » (Charlot, 1997, p. 70).

Dans ce registre, nous avons référé aux connaissances du territoire subjectivement construites à partir de l'expérience personnelle. Au début de la collecte de données, nous

ne possédons pas cette connaissance du territoire du CSSS. Progressivement, elle s'est construite à partir de points de repère sans même faire l'effort de fixer ces derniers. Au fil des semaines, les déplacements dans la ville sont devenus plus aisés. L'annonce d'une visite avec le TS dans tel ou tel quartier amorce alors des associations d'idées (quartier tranquille ou quartier plus difficile, selon les visites déjà effectuées). Les TS d'expérience ont cette connaissance du territoire vécu. Parfois, il arrive que les espaces personnel et professionnel se croisent. Par exemple, le TS retrouve un collègue du cegep qui est aux prises avec la perte d'autonomie d'un de ses parents.

Nous avons aussi mentionné que les TS empruntaient et comprenaient un vocabulaire technique, médical, pour dire la perte d'autonomie. Ces moments sont visibles lors des échanges avec les autres professionnels (à l'occasion des rencontres inter) ou quand le TS situe le diagnostic du médecin à partir des médicaments et des posologies indiqués dans le dossier. Le registre des savoirs empruntés au monde médical ou connexes aux professions médicales (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) est présent chez les TS rencontrés. Certains TS se montrent cependant plus habiles que d'autres dans cet interlangage. Ces savoirs issus des sciences médicales ne résultent pas en règle générale de savoirs théoriques appris dans une forme traditionnelle d'enseignement mais semblent bien plus être le résultat d'une assimilation d'un système de connaissances articulé à la perte d'autonomie. Leur construction se rapproche des concepts quotidiens; pour reprendre la citation de Vygotski (1997/1934), ils « se forme dans le processus de son activité pratique et de sa communication immédiate avec son entourage » (p. 274).

Selon nous, l'interprofessionnalité fonctionne sur les terrains par la perméabilité de ces savoirs, dont la pertinence est quotidiennement éprouvée sans pour autant que les

professionnels issus des différentes disciplines intervenant en SAD réfèrent explicitement à un savoir théorique repérable.

En l'absence d'une formation en gérontologie pour cinq des six TS recrutés pour notre recherche, les professionnels ont donc construit<sup>141</sup> une compétence quotidienne autour de l'objet *perte d'autonomie*. Nous retiendrons que, pour la grande majorité des TS, les connaissances relatives à cet objet appartiennent à ce registre de connaissances ou aux concepts quotidiens.

### 9.1.2. L'apport de l'invariant opératoire de Pastré

Dans le registre relationnel, nous postulons que tous les TS ont suivi dans leur formation les cours sur l'évaluation psychosociale, par exemple. Nous en retrouvons les étapes de contact, de prise d'informations, d'analyse et ainsi de suite, soit la même procédure générique suivie dans leur pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Nous avons constaté, lors du groupe de discussion avec les TS, leur difficulté commune à identifier les différents savoirs qu'ils utilisent. Or, nous avons observé combien ils étaient habiles pour recueillir le discours, pour faciliter l'expression de la personne, en ajustant leur vocabulaire. Ces habiletés sont peut-être attendues de tout TS. Mais, lorsqu'ils parviennent à entrer là où d'autres professionnels du SAD, voire d'autres TS, n'entrent pas ou qu'ils réussissent à apaiser des aidants opposants, ils mobilisent certainement un autre niveau de savoir plus complexe. Nous resterons sur une proposition d'invariants opératoires, bien que les concepts pragmatiques nous semblent

---

<sup>141</sup> Certains TS, nous l'avons mentionné, ont travaillé exclusivement avec une population âgée en proximité du monde médical, ils ont donc appris par expérience, par interconnaissance, voire ils ont suivi une démarche d'apprentissage formalisée. D'autres ont effectué des rapprochements : tel médicament est donné pour telle pathologie ou tel dosage correspond à tel stade de la maladie. En cas de doute, les infirmières du SAD, qui sont dans le bureau d'en face, seront sollicitées. C'est parfois aussi la pathologie d'un proche vieillissant qui les a instruits.

émergeants. Nous retrouvons le caractère adaptatif de l'intervention singulière et complexe qui demande d'intervenir de manière prudentielle. Là aussi, certains TS ont transféré ce qu'ils ont expérimenté en travaillant en santé mentale ou auprès de victimes de violence conjugale. Par contre, nous ne savons pas s'ils ont transféré les aptitudes à déjouer le refus ou à apaiser les interlocuteurs agressifs à partir de leur vie quotidienne.

Lorsque le TS entre dans la situation, nous avons identifié qu'il module son activité à partir de la dimension relationnelle (la personne, l'entourage, lui-même) et de la dimension taxonomique (instrument, procédures, ressources). Ces composantes forment probablement les matériaux structurels des invariants opératoires:

Toute situation professionnelle comporte une structure conceptuelle, qui présente la dimension, invariante qu'on retrouve dans toutes les situations semblables, si on fait abstraction des particularités liées aux contextes spécifique. (Pastré 1999, p. 51)

Le TS intervient dans des situations singulières, c'est-à-dire en interaction avec les personnes et avec une grande variance aux plans des pertes d'autonomie et des conditions d'environnement. Pourtant, nous avons identifié qu'à partir des informations qu'il prélève en cours d'évaluation, il retrouve des composantes semblables à ce qu'il a déjà rencontré dans d'autres situations. C'est ce que nous disent Camille et Claude: « Les anxieux, on les reconnaît » (Entretien croisé), qui décrivent de quelle façon ils interviennent face à des aidants agressifs. Les deux situations relatées sont différentes, mais elles ont une structure commune qui s'articule autour de la gestion de l'agressivité des personnes. Cette gestion n'est pas une fin, mais un moyen de maintenir l'activité d'évaluation, une activité par laquelle s'effectue la médiation.

En identifiant la structure centrale de la situation, le TS va pouvoir ajuster son activité pour la poursuivre, malgré les variations toujours possibles dans le déroulement. Ces variations peuvent constituer des obstacles que le TS contourne, réduit. Par contre, il ne peut intervenir en dépit des obstacles, ce qui reviendrait à dire qu'il poursuivrait son activité sans prendre en compte les obstacles ou les variations. Cette posture ne peut donner lieu à une évaluation comme activité clinique. Pour ce faire, dans l'ensemble des informations disponibles, le TS va identifier celles qui sont pertinentes et nécessaires pour poursuivre son activité. Tourmen (2008) a différencié chez les évaluateurs cette capacité à ne pas se laisser submerger par toutes les informations mais d'être capable d'avoir une grille d'analyse de la situation à partir d'une identification de points critiques. Dans une certaine mesure, cette capacité est en partie externalisée dans le contexte à l'étude par la systématisation de l'usage de l'OEMC. Encore faut-il que, dans la multitude des détails et l'apparente banalité du quotidien de la personne, le TS reconnaisse les invariances morbides de la situation.

Cette capacité à lire rapidement la situation différencie les évaluateurs d'expérience de leurs collègues novices. Nous faisons clairement le lien avec Maxence (Groupe de discussion Enseignants), qui souligne la tendance des étudiants en formation à prendre un maximum d'indices sans parvenir à reconnaître ceux qui seront indispensables. Il est donc pour nous pertinent d'identifier dans la pratique des TS d'expérience cette aptitude à décoder assez rapidement la situation. Ceci s'apparente selon nous à la reconnaissance des invariants opératoires de l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Il est clair pour nous que les invariants sont propres à un type d'activité. La spécification de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est explicitement intentionnelle et délimitée

à l'intervention en SAD. Selon nous, l'autonomie fonctionnelle est évaluée sur l'axe délimité par la mobilité et la cognition. Nous supposons que cette délimitation est partagée dans les politiques publiques de santé pour diriger de manière ordonnée les personnes concernées vers le SAD.

L'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle du TS est tributaire, pour tout ou partie, d'une des cinq composantes suivantes: l'incohérence/cohérence de la personne, le refus de services, la maltraitance, l'autonégligence et l'agressivité. Ces invariances, que nous avons qualifiées plus haut de morbides, constituent des facteurs de risque sur l'axe de la santé et de l'intégrité de la personne à domicile.

Ainsi, la mobilité et la cognition d'une part et la santé et l'intégrité de la personne à domicile d'autre part constituent les balises de l'activité. Nous avons constaté qu'en fonction de l'effervescence d'une ou de plusieurs de ces composantes, l'activité du TS sera réorientée pour pouvoir poursuivre le but de l'intervention évaluative :

C'est une réduction pertinente et efficace pour l'action. Mais elle est pertinente par rapport aux objectifs de l'action. Or, il suffit que la situation, en évoluant, fasse apparaître d'autres objectifs à poursuivre pour que sa structure conceptuelle soit à réaménager. (Pastré, 1999, p. 28)

Ces composantes ne sont pas toujours perceptibles à l'ouverture du dossier. Le caractère évolutif des situations, relié à la sphère *perte d'autonomie* (mobilité, cognition) ou à la sphère *environnement* (entourage, etc.), en augmente l'instabilité et l'incertitude. Le point de dissonance fait alors apparaître un nouvel objectif imposé par l'instabilité de la composante dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Par exemple, force est de constater que Charlie, avec « Le couple au petit chien hargneux », voit, en l'espace d'une semaine, évoluer son intervention, qui passe d'une évaluation de

l'autonomie fonctionnelle sans dissonance à une demande de relocalisation du couple assortie d'une demande d'homologation de mandat en cas d'inaptitude.

Ainsi, composer avec la situation, ses indices d'instabilité (incohérence/cohérence de la personne, refus de services, maltraitance, autonégligence, agressivité) et son évolution toujours probable montre le caractère éminemment adaptatif de l'activité du TS en cours d'évaluation. Le cœur de l'activité d'évaluation du TS en SAD est de percevoir ce point de dissonance dans la situation par un raisonnement clinique partiellement contraint et soutenu par l'OEMC.

### **9.1.3. L'apport des schèmes de Vergnaud**

Pour poursuivre la transposition des savoirs identifiés dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, nous avons observé, selon les classes de situations, comment les TS modulent leur activité. Cela correspondrait au schème, soit « l'organisation invariante de la conduite pour une classe de situation donnée. [...] Il permet de rendre compte du caractère organisé de la pratique » (Habboub, 2005, p. 210-212). Par exemple, quand le TS identifie que la situation en cours commence à ressembler aux composantes du refus rencontrées dans sa pratique antérieure, il oriente son intervention vers le maintien de la relation en modulant la prise d'informations. C'est explicitement ce que décrit Élie devant « Princesse » quand il exprime que l'incontinence représente un sujet sensible pour madame. Il préfère aborder ultérieurement ce thème avec cette dernière pour ne pas perdre sa confiance<sup>142</sup>. Nous retrouvons le même schème d'action dans l'intervention de

---

<sup>142</sup> Pour mémoire, l'entretien d'explicitation avec Élie débute sur ce point : « Faut pas prendre Madame pour une conne. »



Camille, qui aborde la maltraitance financière avec « La mère et la fille qui cohabitent » ou celle de Charlie avec « La dame qui commence par dire non. »

Les TS suivent le schème que nous avons identifié dans leur recherche constante de la validation avec et auprès de la personne en validant auprès d'elle qu'elle a compris et qu'elle accepte. Sans cette validation recherchée et obtenue, l'évaluation ne saurait être vue comme une médiation.

Deux autres schèmes semblent s'opposer : celui consistant à résoudre et celui consistant à construire. Lorsque la situation est simple et que la compréhension de la situation est immédiate et partagée, l'activité adopte un mode de résolution par la compensation de la perte d'autonomie identifiée. La construction est nécessaire quand la situation est ou devient complexe. Il est alors indispensable pour le TS de construire une représentation à minima partagée avec la PA pour pouvoir par la suite résoudre ou réduire ce qui nuit à l'autonomie de la personne. L'activité se déroule alors selon un mode de construction en vue de sa résolution par la compensation de la perte d'autonomie identifiée. Leur complémentarité est alors manifeste. Par contre, si le TS ne s'attarde pas à valider une représentation partagée de la situation avec la personne, la résolution et la construction sont alors deux orientations diamétralement opposées dans l'activité.

Nous avons donc repéré des concepts quotidiens, des invariants opératoires et des schèmes pour débrouiller ce que font les TS quand ils évaluent. Toutefois, cette articulation des savoirs identifiés et mobilisés dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle par les TS du SAD à partir de la didactique professionnelle est muette sur un point qui nous apparaît central, en l'occurrence le rapport au savoir.

## 9.2. Le rapport au savoir des travailleurs sociaux

Nous avons proposé plusieurs formes d'organisation des savoirs de l'activité à partir de la didactique professionnelle. Mais, avant d'aller plus loin dans cette stratégie d'exposition à des fins didactiques, notre interrogation retient le constat majeur : « On leur apprend à réfléchir, on ne leur apprend pas à raisonner », émis par Maxence (Groupe de discussion Enseignants). Cette phrase en apparence simple pose la question fondamentale du rapport au savoir dans l'activité :

Ainsi, J. M. Monteil (1985) s'attache à distinguer l'information, la connaissance et le savoir. L'information est une donnée extérieure au sujet, on peut [...] la stocker, y compris dans une banque de données; elle est « sous le primat de l'objectivité. » La connaissance est le résultat d'une expérience personnelle liée à l'activité d'un sujet doté de qualités affectivo-cognitives ; en tant que telle, elle est transmissible, elle est « sous le primat de la subjectivité. » Le savoir, comme l'information, est « sous le primat de l'objectivité » ; mais c'est de l'information appropriée par le sujet. De ce point de vue, c'est aussi de la connaissance, mais détachée « de la gangue dogmatique où la subjectivité a tendance à l'installer. » Le savoir est produit par le sujet confronté à d'autres sujets. Il est construit « dans des cadres méthodologiques. » Il peut donc « entrer dans l'ordre de l'objet » et devient alors « un produit communicable », « de l'information disponible pour autrui. » (Charlot, 1997, p.70)

En menant la collecte des informations de la situation soutenue par l'OEMC, les TS prennent des informations qui servent à objectiver la perte d'autonomie dans la taxonomie de l'autonomie fonctionnelle. Pour conduire leur activité, les TS ont acquis des connaissances expérientielles, dont nous ne pouvons trouver l'inscription dans une catégorisation des savoirs, comme il a été écrit plus haut.

Pour une équipe d'enseignants, la question du savoir est centrale. Dans les formations professionnelles, ces savoirs servent (devraient servir) à appréhender les fondements sur lesquels les futurs professionnels vont construire leur intervention.

Nous ne développerons pas plus avant le sens de l'intervention éducative, qui a permis à Lenoir (2014) de proposer le concept de médiation tel que nous l'avons abordé dans cette recherche. Pour nous, ce concept est révélateur du rapport au savoir dans l'intervention sociale par laquelle des TS, selon les politiques de santé en vigueur au Québec, évaluent l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

Nous faisons le constat, partant de la définition de la profession de TS, d'une intervention sociale fondée sur la réduction des écarts au sein de la population. L'usage du pluriel serait plus représentatif de la diversité populationnelle, qu'elle soit considérée en perte d'autonomie, en situation de pauvreté ou autrement par l'intervention sociale. De plus, les finalités de l'intervention tendent à compenser divers phénomènes qui nuisent à la personne, qui la handicapent dans sa vie. Il s'agit alors de réhabiliter et soutenir le pouvoir d'agir sous différentes natures. Toutefois, il y a une forte ambiguïté dans cette approche :

Le handicap est donc un manque, posé comme constitutif de l'individu. Lorsqu'un élève est en situation d'échec, on constate effectivement des manques -- c'est-à-dire des différences entre cet élève et d'autres, ou encore entre ce qu'on attendait et ce qui s'est produit. (Charlot, 1997, p. 29)

Charlot propose de déconstruire un terme usuel en éducation, celui d' « échec scolaire », que nous transposerons par la suite à la perte d'autonomie fonctionnelle :

« L'échec scolaire » n'existe pas, ce qui existe, ce sont des élèves en échec, des situations d'échec, des histoires scolaires qui tournent mal. Ce sont ces élèves, ces situations, ces histoires qu'il s'agit d'analyser. [...] L'échec scolaire, c'est « ne pas avoir », « ne pas être. » Comment penser ce qui n'est pas? (Charlot, 1997, p. 15)

Nous reformulons cette affirmation en la transposant à notre objet de recherche. La perte d'autonomie n'existe pas, ce qui existe, ce sont des personnes en perte d'autonomie, des

situations de perte d'autonomie, des histoires de vie qui tournent mal. Ce sont ces personnes, ces situations, ces histoires qu'il s'agit d'analyser. La perte d'autonomie, c'est « ne plus avoir », « ne plus être. » Comment penser ce qui n'est plus? Par contre, cette posture critique, par laquelle l'auteur nous invite à penser que l'autonomie fonctionnelle n'existe pas, n'en fait pas pour autant disparaître la réalité clinique. Nous estimons que cette affirmation, qui réintroduit la place du sujet âgé dans les politiques publiques spécialisées dans le traitement des incapacités résultant de la vieillesse, devrait interpeller tant les enseignants que les étudiants aspirant au travail social. La conceptualisation de la perte d'autonomie fonctionnelle représente une construction sociale qui induit une forme d'intervention, l'une comme l'autre avec leur incomplétude, leur inachèvement éventuel. Pour autant, il y a aussi une réalité de la quotidienneté de la personne en perte de mobilité, en perte cognitive. Ceci nous engage à essayer de comprendre la perte d'autonomie :

[...] comme une situation qui advient au cours d'une histoire, c'est considérer que tout individu est un *sujet*, si dominé soit-il. Un sujet qui interprète le monde, résiste à la domination, affirme positivement ses désirs et ses intérêts, essaie de transformer l'ordre du monde à son avantage. (Charlot, 1997, p. 34)

Force est de constater que le TS qui pourrait dire ce qui doit être compensé à partir d'une taxonomie scientifique de la perte d'autonomie aurait mené son évaluation à terme, il aurait atteint son but. Mais si le mobile de son intervention consiste à évaluer dans une intention transformatrice pour compenser la perte d'autonomie de la personne et soutenir son maintien à domicile, mesurer l'autonomie fonctionnelle ne suffit pas. Reprenant à notre compte les termes de Charlot, le sens de la collecte d'informations est là pour « essayer de comprendre la perte d'autonomie comme une situation qui advient au cours d'une histoire », ce que nous avons décliné en voir, entendre et sentir, dans le quotidien

de la personne. Au sens étymologique du terme, cette compréhension de la situation, soucieuse de la place du sujet dans la situation, rejoint les finalités émancipatoires de la médiation. Cette ouverture nous avait fait prendre des distances relativement au concept de situation, vis-à-vis de la didactique professionnelle. En effet

Ni le but seul ni le mobile seul ne permet de comprendre le sens de l'acte, qui ne s'éclaire que si je mets en relation ce but et ce mobile. En introduisant l'idée de désir [...] on peut dire que fait sens un acte, un événement, une situation qui s'inscrit dans ce nœud de désirs qu'est un sujet (Charlot, 1997, p. 64).

De sorte que le but de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, qui est de soutenir la personne le plus longtemps possible à domicile, s'éclaire par la prise en compte du sujet. En cela, nous renforçons notre perception de l'activité comme médiation ontologique et cognitive, avec sa dimension dialectique.

Nous avons soutenu que le raisonnement clinique articule pragmatiquement des dimensions taxonomiques et des dimensions relationnelles. L'ordre d'énonciation importe peu. Pour qu'advienne une évaluation par laquelle le sujet exprime son projet d'autonomie, son désir, aussi infime soit-il, le TS doit garder à l'esprit tout au long de son activité le but et le mobile de ladite évaluation. Elle est justement pragmatique lorsqu'elle réussit à articuler ce projet aux contingences de l'intervention.

Cette question du but et du mobile rejoint celle de la fin et des moyens. Pour ce faire, nous reprenons une citation proposée dans le chapitre traitant de la situation : « pour l'un [Brousseau], le savoir est avant tout une fin, pour l'autre [Freire], un moyen » (Lenoir et Ornelas Lizardi, 2011, p. 61). Nous devons soutenir dès la formation le rapport aux savoirs des étudiants, qui devraient pouvoir construire leur activité sur des savoirs-objet

(que nous identifions clairement comme les apprentissages qui sont au fondement de l'intervention sociale) :

Aussi avons-nous nommé *objectivation-dénomination* le processus épistémique qui constitue, dans un même mouvement, un savoir-objet et un sujet conscient de s'être approprié un tel savoir. Le savoir apparaît alors comme existant en soi, dans un univers de savoirs distincts du monde de l'action, des perceptions, des émotions. (Charlot, 1997, p. 80)

Ces fondements de l'intervention professionnelle devraient être soutenus par une démarche réflexive de l'appropriation de ces savoirs-objet et le niveau de conscience de ce qu'ils mobilisent quand ils agissent :

Aussi avons-nous nommé *imbrication du Je dans la situation* le processus épistémique où l'apprendre est maîtrise d'une activité engagée dans le monde. Apprendre, ce peut être aussi maîtriser une activité ou se rendre capable d'utiliser un objet de façon pertinente. Ce n'est plus passer de la non-possession à la possession d'un objet (« le savoir »), mais de la non-maîtrise à la maîtrise d'une activité. Cette maîtrise s'inscrit dans le corps. (Charlot, 1997, p. 81)

Cela permettrait d'expérimenter le fait qu'apprendre à évaluer la situation d'une personne revient à connaître les étapes de l'activité comme un objet, mais d'être capable de maîtriser l'activité. Et, pour l'activité qui nous intéresse, minimalement appréhender la maîtrise du « Je » dans la situation. Il ne s'agit pas ici du Je psychologique ou à des fins de psychologisation de l'activité. Le « Je », si l'on suit la référence à Vygotsky, s'entend comme la verbalisation du langage intérieur. Alors qu'ailleurs, l'entretien d'explicitation de Vermersch propose de rendre explicite ce que est fait par la personne et comment elle le fait<sup>143</sup>. Donc, si l'activité d'évaluation est dialectique, de la même manière que nous avons replacé la personne âgée dans l'activité, le TS a sa place dans

---

<sup>143</sup> L'expression à la première personne du singulier est d'ailleurs dans la guidance de l'explicitation un indicateur de la posture d'évocation de la personne qui s'exprime.

l'activité. Le TS doit comprendre le cheminement de son raisonnement clinique afin de se percevoir dans le versant de l'activité qui lui incombe. Or

[c]e processus n'engendre pas un produit qui s'autonomiserait sous forme d'un savoir-objet pouvant être nommé sans référence à l'activité. Apprendre à nager, c'est apprendre l'activité elle-même, de sorte que le produit de l'apprentissage n'est pas ici séparable de l'activité. (Charlot, 1997, p. 81)

Nous retrouvons ici la dimension prudentielle de l'activité, son caractère adaptatif, incertain; apprendre à évaluer n'est pas séparable de l'activité d'évaluer. Il est alors complexe de construire un *savoir-objet* sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle pour le proposer dans la formation des apprentis travailleurs sociaux. « On peut cependant adopter une position réflexive [...] c'est produire ainsi un ensemble d'énoncés articulés qui mettent en mots une activité métacognitive » (Charlot, 1997, p. 81). Nous avons proposé une démarche réflexive au sujet de l'activité comme activité métacognitive de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Selon Charlot (1997): « On appelle métacognitive une connaissance sur la connaissance (p. 81, note 47). Dans une perspective métacognitive, le terme activité fait référence à « l'activité elle-même, son matériau, les ressources et les outils qu'elle utilise, les conditions de son déroulement, etc. » (Charlot, 1997, p. 81). Dans ce chemin de la connaissance, nous renforçons la dimension relationnelle comme élément majeur du rapport au savoir, soulignant le caractère dialectique et itératif de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

[...] apprendre ce peut être aussi apprendre à être solidaire [...] à aider les autres [...] bref à « comprendre les gens. » [...] C'est alors entrer dans un dispositif relationnel, s'approprier une forme intersubjective, s'assurer un certain contrôle de son développement personnel, construire de façon réflexive une image de soi. [...] [I]l s'agit cette fois de maîtriser une relation, et non une activité : la relation de soi à soi, la relation de soi aux autres -- la relation à soi à travers la relation aux autres et vice-versa. Apprendre, c'est se rendre capable [...] de trouver la bonne distance

entre soi et les autres, entre soi et soi -- et ce, en situation. (Charlot, 1997, p. 82-83).

Ce n'est pas seulement dans le face-à-face avec la personne, mais bien dans l'intersubjectivité de la relation à l'autre, à soi, son groupe professionnel, dans la situation, et nous ajoutons relativement au contexte, politique, juridique, culturel, historique, économique, scientifique, instrumental, etc. Il nous apparaît alors primordial, pour soutenir les étudiants en travail social dans leur apprentissage, d'affirmer avec Charlot (1997) que « [...] l'individu est plongé dans la situation mais il ne s'y dissout pas, il a conscience de ce qui se passe, de ce qu'il fait, de ce qu'il vit, et cette conscience peut devenir réflexive et engendrer des énoncés » (p. 84). Nous ne pouvons que rapprocher cette citation de la formule de Vygotsky : « pour prendre conscience, il faut posséder ce dont on doit prendre conscience » (1997/1934, p. 313). Ces éléments concourent vers, d'une part, la prise de conscience du raisonnement, et pas seulement de la réflexion qui se limiterait à la convocation des objet-savoir en rattachant l'activité aux champs socio historiques, professionnels et déontologique et instrumental de l'activité. C'est aussi prendre conscience du nécessaire équilibre entre l'objet de l'intervention, pour nous les objets de savoir et nos propres représentations de la perte d'autonomie, comme de la dimension relationnelle, dialectique, communicationnelle avec la personne coprésente dans l'activité. C'est aussi un rapport à soi. Nous avons souligné que le TS doit naviguer entre le blâme et le risque qu'il est prêt ou pas à assumer. L'évaluation de l'autonomie est donc fondamentalement une pratique prudentielle qui se réalise par la médiation, contrainte et facilitée par l'instrumentation.

La rédaction des savoirs de l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle dans une sorte de référentiel s'apparenterait pour nous à une technologie. Certes, il est pertinent



d'illustrer les étapes des procédures dites de prise de contact, par exemple, comme nous les avons identifiées. Ces étapes organisationnelles attendues par l'institution (SAD, CSSS, MSSS) comme par le collectif des professionnels sont aussi des repères importants à maîtriser. Mais les TS entendus et observés en situation nous orientent plutôt vers le raisonnement clinique. C'est donc cette voie qu'il sera pertinent d'approfondir comme suite à cette recherche, mais en mobilisant un raisonnement clinique non naïf, qui prend acte de toutes les dimensions de la médiation. Car, comme le dit Walzer (1997, p. 193) : « Si l'on dévalue la connaissance, on retombe sur l'idéologie. »

## RÉFÉRENCES

- Adler, P. A. et Adler, P. (1987). *Membership Roles in Field Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Agence de la santé et des services sociaux de Mauricie et Centre-du-Québec [ASSSMCQ] (2004). *Modèle d'organisation basé sur les réseaux locaux de services en Mauricie et Centre du Québec*. Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de Mauricie et Centre-du-Québec. Récupéré de : [http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/Autres\\_documents/modele\\_ris\\_04.pdf](http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/Autres_documents/modele_ris_04.pdf)
- Ardoino, J. et Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes. Le cas des universités*. Paris : ANDSHA-Matrice.
- Arens, S. A. (2006). Le jugement évaluatif et la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 29, 45-56.
- Arcand, M. et Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Hyacinthe : Édisem et Maloine.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS] (2011). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris: Gallimard.
- Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Barbier, J.-M. (1996). Introduction. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 1-17). Paris : Presses Universitaires de France.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Beaud, S. et Wéber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La Découverte.
- Beaudoin, A. (1998). L'utilisation de l'évaluation dans les interventions sociales. *Service social*, 47(1-2), 211-234.
- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Beillerot, J. (2000). Le savoir, une notion nécessaire. Dans N. Mosconi, J. Beillerot et C. Blanchard-Laville (dir.) (2000), *Formes et formations du rapport au savoir* (p. 15-37). Paris : L'Harmattan.
- Bélangier, J. et Beaulieu, M. (2006). L'évaluation clinique de l'inaptitude : des travailleurs sociaux et des médecins commentent le travail de l'autre et leurs espaces de rencontre. *Intervention*, 124, 61-70.
- Bergel, D. P. (2006). Baccalaureate social work education and courses on aging: The disconnect. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 12(1), 105-118.

- Birkenmaier, J., Rowan, N. L., Damron-Rodriguez, J., Lawrance, F. P. et Volland, P. J. (2009). Social work knowledge of facts on aging: Influence of field and classroom education. *Educational Gerontology*, 35(9), 784-800.
- Blanchard, N. (2008). *Aller vivre en résidence : l'expérience des personnes âgées* (Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal, Canada). Récupéré de: <http://www.archipel.uqam.ca/1039/1/M10215.pdf>
- Boily, M. et Bourque, S. (2011). Évaluation psychosociale. Dans D. Turcotte et J.-P. Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (p. 51-70). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Boisvert, J., Jutras, M., Legault, G.-A., Marchildon, A. et Côté, L. (dir.) (2003). *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*. Montréal : Liber.
- Boltanski, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Paris: École des hautes études en sciences sociales.
- Boongird, C., Thamakaison, S. et Krairit, O. (2011). Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. *Geriatrics and Gerontology International*, 11(2), 204-210.
- Borok, G. M., Reuben, D. B., Zendle, L. J., Ershoff, D. H., Wolde-Tsadik, G., Rubenstein, L. Z., Beck, C. J. (1994). Rationale and design of a multi-center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in a HMO. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(5), 536-544.
- Boucher, G. (1998), L'heure des bilans. Synthèse des débats tenus lors du colloque de juin 1999. *Service social*, 47(1-2), 11-16.
- Bouquet, B., Jaeger, M. et Sainsaulieu, I. (dir.) (2007). *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod.
- Bourassa, B. et Leclerc, C. (2002). Des pratiques réflexives de groupe en contexte de recherche sociale et de formation personnelle. *Canadian Journal of Counseling / Revue canadienne de counseling*, 36(2), 136-149.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(1), 69-72.
- Boutinet, J.-P. (1990). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bradshaw, J. et Gibbs, I. (dir.) (1988). *Public Support for Residential Private Care. Studies in Cash and Care*. Avebury: Aldershot.
- Brassac, C. (2007). Qu'est-ce qu'un acte? La réponse de George Herbert Mead. *@ctivités*, 4(2), 165-177. Récupéré de : <http://www.activites.org/v4n2/brassac.pdf>
- Brousseau, G. (1986). Fondements et méthodes de la didactique des mathématiques. *Recherches en didactique des mathématiques*, 7(2), 33-115.
- Bru, M. et Clanet, J. (2011). La situation d'enseignement-apprentissage : caractères contextuels et construits. *Recherches en éducation*, 12 (novembre), 26-34.

- Caens-Martin, S. (1999). Une approche de la structure conceptuelle d'une activité agricole : la taille de la vigne. *Éducation permanente*, 139(2), 99-114.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique* (nouvelle édition). Paris : Presses Universitaires de France.
- Carrière, C. (2001). Le travail social auprès des personnes âgées en Ontario. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(2), 104-117.
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières [CSSSTR] (2015). *Rapport annuel de gestion 2014-2015*. Trois-Rivières : Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières.
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières [CSSSTR] (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Trois-Rivières : Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières.
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières [CSSSTR] (2012). Soins et services. Personnes âgées et en perte d'autonomie. Services à domicile. Récupéré de : <http://www.cssstr.qc.ca/index.php/soins-et-services/personnes-agees-et-en-perte-d-autonomie/services-a-domicile.html>
- Chamahian, A. et Lefrançois, C. (2012). *Vivre les âges de la vie. De l'adolescence au grand âge*. Paris : L'Harmattan.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir, éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.
- Chenier, N. M. (1993). *La politique canadienne en matière de santé*. [Ottawa] : Bibliothèque du parlement, Service de recherche.
- Cherry, K. E., Allen, P. D., Jackson, E. M., Hawley, K. S. et Brigman, S. (2010). Knowledge of normal and pathological memory aging in college students, social workers, and health care professionals. *Educational Gerontology*, 36(4), 281-297. Récupéré de : <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270903323950>
- Chouinard, I., Couturier, Y. et Lenoir, Y. (2009a). *Le défi de l'analyse de la relationnalité dans les métiers relationnels : apports de la didactique professionnelle pour la formation en travail social*. Dans Actes du troisième congrès de l'Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale (AIFRIS), Hammamet (Tunisie), 21-24 avril 2009.
- Chouinard, I., Couturier, Y. et Lenoir, Y. (2009b). Pratique de médiation ou pratique médiatrice? La médiation comme cadre d'analyse de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 31-45.
- Cipriani, R. (2010). L'analyse qualitative comme approche multiple. Dans J. Hamel (dir.), *Analyse qualitative interdisciplinaire. Définition et réflexions* (p. 29-54). Paris : L'Harmattan.

- Cipriani, L., Landi, F., Sgadari, A., Zuccalà, G. et Bernabei, R. (1995). A gerontological continuing education program: The resident assessment instrument as a teaching tool for nursing home professionals. *Educational Gerontology*, 21(7), 683-699.
- Clemens, E. L., Walsh, C., Caro, F. et Wetle, T. T. (1996). Refining risk assessment and management with frail elderly developing and testing ethical protocols. *Gerontologist*, 36(1), Supplement, 121.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1), p. 1-7. Récupéré de : <http://pistes.revues.org/3833>
- Colvez, A. Gardent, H. et Bucquet, D. (1990). Validation d'indicateurs en gérontologie : application au domaine des indicateurs de capacité fonctionnelle. Dans A. Colvez et H. Gardent (dir.), *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie. Information, validation, utilisation* (p. 37-78). Paris : CTNERHI-INSERM.
- Contandriopoulos, A.-P, Champagne, F., Denis, J.-L. et Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539.
- Coryn, C. L. S., Noakes, L. A. Westine, C. D. et Schröter, D. C. (2011). A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, 32(2), 199-226.
- Couturier, Y. (2006). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*. Paris : L'Harmattan.
- Couturier, Y., Beaudry, M., Beaulieu, M. et Philips-Nootens, S. (2006). Le travail social dans le processus interprofessionnel de détermination de l'inaptitude de la personne âgée. *Intervention*, 124, 52-60.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2008). La convention pratique comme référentiel professionnel : propositions théoriques et méthodologiques. Dans Y. Lenoir et M. Bru (dir.), *Les référentiels dans la formation à l'enseignement. Quels référentiels pour quels curriculums?* (p. 63-74). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en service social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 68-79.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Salles, M. et Belzile, L. (2011). Une nouvelle forme de catégorisation : l'évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie des

- personnes âgées. Dans M. Jaeger (dir.), *Usagers ou citoyens? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale* (p. 209-224). Paris : Dunod.
- Couturier, Y. et Salles, M. (2013). La didactique professionnelle dans les métiers adressés à autrui. Légitimer l'indicible ou didactiser le faire? *Travail et apprentissages*, 11, 28-40.
- Curateur public du Québec (2015). *Coup d'œil sur la représentation légale au Québec*. Récupéré de : [https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/coup\\_oeil\\_repr\\_leg.pdf](https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/coup_oeil_repr_leg.pdf)
- Damron-Rodriguez, J. (2008). Developing competence for nurses and social workers: Evidence-based approaches to education. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 27-37.
- Daniellou, F. et Rabardel, P. (2005). Activity-oriented approaches to ergonomics: Some traditions and communities. *Theoretical Issues in Ergonomics Sciences*, 6(5), 353-357.
- Darré, J. (1985). *La parole et la technique. L'univers des pensées des éleveurs du Ternois*. Paris : L'Harmattan.
- Darré, J. (1984). La production des normes au sein d'un réseau professionnel. L'exemple d'un groupe d'éleveurs. *Sociologie du travail*, 26(2), 141-156.
- Darré, J. (1980). Expression, sens et pratique. *Langage et société*, 12(6), 24-27.
- Demazière, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan.
- Demers, L., Bravo, G., Dubois, M.-F., Dubuc, N. et Corbin, C. (2015). La certification des résidences privées pour aînés et la réponse aux besoins des retraités. *Vie et vieillissement*, 12(2), 51-58.
- Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., Lavoie, J. (2005). *Le rôle des acteurs sociaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Québec : École nationale d'administration publique. Récupéré de : [http://www.prismaquebec.ca/documents/document/fcrss\\_demersp.pdf](http://www.prismaquebec.ca/documents/document/fcrss_demersp.pdf)
- De Montmolin, M. (1986). *L'ergonomie*. Paris : La Découverte.
- De Robertis, C. (2007). *Méthodologie de l'intervention en travail social. L'aide à la personne*. Montréal : Bayard.
- Derujinsky-Laguecir, A., Kern, A. et Lorino, P. (2011). Une approche instrumentale des indicateurs de performance. *Management & Avenir*, 42(2), 111-132.
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-111). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Desjardins, M. et Lemay, L. (2009). Comment conjuguer les valeurs du travail social et l'intervention en contexte d'autorité à l'évaluation des signalements en protection de la jeunesse? *Intervention*, 131, 222-232.

- Desrosiers, J. et Hébert, R. (2007). Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd.) (p. 135-169). Saint-Hyacinthe : Édisem et Maloine.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.
- Dolbec, C. (2011). *Exploitation des données cliniques à des fins de gestion –Solution RSIPA*. Présentation PowerPoint. Sherbrooke : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.
- Donzelot, J. (1977). *La police des familles*. Paris: Minuit.
- Douglas (2005/1971). *De la Souillure*. Essai sur les notions de pollution et de tabou Paris Maspero. Préface de Luc de Heusch. Traduit de l'anglais par Anne Guérin)
- Dubar, C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Duboscq, J. et Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 255-286.
- Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A. et Bergeron, P. (2001). *Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs. Rapport final sur les résultats*. Beauport : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Centre-du-Québec, Direction de la santé publique.
- Du Ranquet (1983). *Recherche en casework : l'efficacité et sa mesure en service social*. Toulouse : Privat.
- Encyclopédie Universalis. Récupéré le 25 janvier 2016 de : [www.universalis.fr](http://www.universalis.fr)
- Engeström, Y. (2011). Théorie de l'activité et management. *Management & Avenir*, 42(2), 170-182.
- Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analysing and redesigning work. *Ergonomics*, 43(7), 960-974.
- Etheridge, F., Hallé, P., Lynch, M. A. et Beaulieu, M. (2009). Décider de travailler auprès des aînés : représentations des étudiants en sciences infirmières, en service social et en psychologie. *La Gérontoise*, 20(1), 8-16.
- Fabre, M. (2005). Deux sources de l'épistémologie des problèmes : Dewey et Bachelard. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 38(3), 53-67.
- Faingold, N., Debris, S., Wittorski, R., Flye Sainte-Marie, A. et Dupuis, P. A. (2008). Pratiques éducatives et savoirs professionnels en milieu ouvert. *Les Cahiers Dynamiques*, 41(1), 21-25.  
Récupéré de: [www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2008-1-page-21.htm](http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2008-1-page-21.htm)
- Farrelly, M. (2010). Competence and risk in older adults. A social work perspective. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 21(4), 15-24.

- Favreau, L. (2000). Le travail social au Québec (1960-2000): 40 ans de transformation d'une profession. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 27-47.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- Ferréol, G., Cauche, P., Duprez, J.-M., Gadrey, N. et Simon, M. (dir.) (1991). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin.
- Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux [FITS] (2010). « Travail social. » Récupéré de : <http://www.ifsw.org:p38000376.html>
- Figari, G. et Tourmen, C. (2006). La référentialisation : une façon de modéliser l'évaluation de programme, entre théorie et pratique. Vers une comparaison des approches au Québec et en France. *Mesure et Évaluation en Éducation*, 29(3), 5-26.
- Flexner, A. (2001/1915). Is social work a profession? *Research in Social Work Practice*, 11(2), 152-165.
- Formarier, M. et Jovic, L. (1993). Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 32, 75-83.
- Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Perspectives internationales sur le travail et la santé*, 4(2).
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et St-Michel, G. (dir.) (1998). *Classification québécoise. Processus et production du handicap*. Lac Saint-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fulmer, T. et Wetle, T. (1986). Elder abuse screening and intervention. *Nurse Practitioner*, 11(5), 33-38.
- Gagnepain, J. (1994). *Leçons d'introduction à la théorie de la médiation*. Louvain-la-Neuve: Peeters.
- Garms-Homolová, V. (1989). Discharge from hospital: Professional criteria of need and provision. *Journal of Aging Studies*, 3(4), 355-367.
- Geremek, B. (1987). *La potence ou la pitié. L'Europe des pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris : Gallimard.
- Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R. et Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils ISO-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management et Avenir*, 26(6), 205-218.
- Glaser, B. et Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL: Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Tome 2 : *Les relations en public*. Paris : Minuit.
- Goffman, E. (1959). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Tome 1. *La présentation de soi*. Paris : Minuit.



- Gold, R. (1958). Roles in sociological field observation. *Social Forces*, 36(3), 217-223.
- Gonin, A. et Jouthe, E. (2013). Éthique et travail social : enjeux, concepts et aspects méthodologiques. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* (p. 69-88). Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Grawitz, M. (1996). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Grenier, A. (2007). *Les personnes de 55 ans et plus sur le marché du travail*. Direction du CETECH et de l'information sur le marché du travail [Montréal] : Emploi Québec.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social : analyse et évolution, débats et enjeux*. Laval : Éditions Agence d'Arc.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Guberman, N. (2002). L'analyse différenciée selon les sexes et les politiques québécoises pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Lien social et Politiques*, 47, 155-169.
- Guberman, N. et Lavoie, J.-P. (2010). Pas des super héros. Des réalités et expériences des proches aidants. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Viellir au pluriel. Perspectives sociales* (p. 281-302). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Guillemard, A.-M. (1980). *La vieillesse et l'État*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Habboub, E. M. (2005). *La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique francophone* (mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Canada).
- Habboub, E. M., Lenoir, Y. et Tardif, M. (2008). La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique : un essai de synthèse des travaux francophones. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat. Un enjeu pour la professionnalisation des enseignants*. Toulouse : Octarès.
- Harrisson, C. (2011). *Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs*. Longueuil : Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie.
- Hatchuel, A. et Weill, B. (1992). *L'expert et le système, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*. Paris: Economica.
- Hayes, C. L., Soniat, B. et Turner Burr, H. (1986). Value conflict and resolution in forcing services on "at risk" community-based older adults. *Clinical Gerontologist*, 4(3), 41-48. Récupéré de : [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v04n03\\_06](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v04n03_06)

- Hébert, R. (2004). Introduction. Intégrer les services pour maintenir l'autonomie des personnes. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Hébert, R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Canadian Family Physician*, 28(April), 754-762.
- Hébert, R. et Tessier, D. (2007). Perte d'autonomie. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd) (p. 171-185). Saint-Hyacinthe : Edisem et Maloine.
- Hébert, R. et le Groupe PRISMA (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de la continuité. *Santé, société et solidarité*, numéro hors-série, 67-76.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., ... Roy, C. (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging / Revue Canadienne du vieillissement*, 20(1), 1-21.
- Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44(2), 103-121.
- Hocquet, J.-C. (1986). Les mesures ont aussi une histoire. *Histoire et Mesure*, 1(1), 35-49. Récupéré de : [http://www.persee.fr/doc/hism\\_0982-1783\\_1986\\_num\\_1\\_1\\_907](http://www.persee.fr/doc/hism_0982-1783_1986_num_1_1_907)
- Holmes, M. B. (dir.) (1979). *Handbook of Human Services for Older Persons*. New York, NY: Human Sciences Press.
- Huot, F. (1991). *Culture d'organisation, pratiques communicationnelles et intervention : l'exemple de la protection de la jeunesse* (mémoire de maîtrise en communications, Université du Québec à Montréal, Canada).
- Hurteau, M., Lachapelle, G. et Houle, S. (2006). Comprendre les pratiques évaluatives afin de les améliorer : la modélisation du processus spécifique à l'évaluation de programme. *Mesure et Évaluation en Éducation*, 29(3), 27-44.
- Hwang, S. C. et Cowger, C. (1998). Utilizing strengths in assessment. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(1), 25-32. Récupéré de: <http://familiesinsocietyjournal.org/doi/abs/10.1606/1044-3894.1797>
- Ion, J. et Tricard, J.-P. (dir.) (1984). *Les travailleurs sociaux*. Paris : La Découverte.
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] et Ministère de la santé et des Services sociaux [MSSS] (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Les analyses*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2015). *Données sociodémographiques en bref. Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE, 19(3), 1-9*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*. Volume 4. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2012). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2011). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2011*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2004). *Conditions de vie. Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*. Volume 1. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Ivry, J. (1992). Teaching geriatric assessment. *Journal of Gerontological Social Work, 18(3-4), 3-22*.
- Jaeger, M. (2007). De l'émergence du concept à la mise en œuvre effective. Dans B. Bouquet, M. Jaeger et I. Sainsaulieu, I. (dir.) (2007), *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale* (p. 11-29). Paris : Dunod.
- Jaspers, K. (1958). *Filosofia* (Volume 2). Madrid : Revista de Occidente-Ediciones de la Universidad de Puerto Rico.
- Kalampalikis, N. (2011). Un outil de diagnostic des représentations sociales : le focus group. *Revista Diálogo Educational, 33(11), 435-467*.
- Kapust, L. R. et Weintraub, S. (1988). The home visit: Field assessment of mental status impairment in the elderly. *Gerontologist, 28, 112-115*.
- Kinderknecht, C. H. (1986). In home social work with abused or neglected elderly. *Journal of Gerontological Social Work, 9(3), 29-42*.
- Lalande, A. (1968). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (10e éd. revue et augmentée). Presses Universitaires de France.
- Lalive d'Épinay, C., Spini, D. et Équipe de collaborateurs (2007). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 375-390). Paris : Erès.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Larose, F., Couturier, Y., Bédard, J., Larivée, S. J., Boulanger, D. et Terrisse, B. (2013). L'arrimage de l'intervention éducative et socioéducative en contexte de réussite

- éducative. *Empowerment en perspective écosystémique et impact sur l'intervention. Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 16(1), 24-49.
- Lavigne, J. (1953). *L'inquiétude humaine*. Paris : Aubier et Montaigne.
- Lavoie, J.-P., Guay, D., Gilbert, N. et Parisien, M. (2010). Vieillir en santé? Des inégalités persistantes. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p. 115-134). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, P. et Robitaille, M. (1988). *Guide pratique sur le processus d'évaluation (établissement des faits) : aspects légaux et jurisprudence*. Montréal: Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, Service de protection.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels. Construire les parcours de professionnalisation* (4<sup>e</sup> éd.) Paris: Éditions d'Organisation.
- Ledesert, B., Lombrail, P., Yeni, P., Carbon, C. et Brodin, M. (1994). The impact of a comprehensive multi-dimensional geriatric assessment programme on duration of stay in a French acute medical ward. *Age and Ageing*, 23(3), 223-227. Récupéré de: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/23/3/223.short>
- Lee, E.-K. O. et Waites, C. E. (2006). Infusing aging content across the curriculum: innovations in baccalaureate social work education. *The Journal of Social Work Education*, 42(1), 49-66.
- Lenoir, R. (1979). L'invention du troisième âge. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26(1), 57-82.
- Lenoir, Y. (2014). *Les médiations au cœur des pratiques d'enseignement-apprentissage : une approche dialectique. Des fondements à leur actualisation en classe. Éléments pour une théorie de l'intervention éducative*. Longueuil : Groupéditions Éditeurs.
- Lenoir, Y (2009). L'intervention éducative, un construit théorique pour analyser les pratiques d'enseignement. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 12(1), 9-29.
- Lenoir, Y (2008). *Atelier sur la médiation*. Présentation PowerPoint, 1<sup>er</sup> Mai 2008. Récupéré de : [http://www.crie.ca/Communications/Documents\\_disponibles/atelier\\_mediation\\_1er\\_mai\\_2008.pdf](http://www.crie.ca/Communications/Documents_disponibles/atelier_mediation_1er_mai_2008.pdf)
- Lenoir, Y. (1996). Médiation cognitive et médiation didactique. Dans C. Raïsky et M. Caillot (dir.), *La didactique au-delà des didactiques. Débats autour de concepts fédérateurs* (p. 223-251). Bruxelles : De Boeck.
- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. et Roy, G.-R. (2002). L'intervention éducative: clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit critique*, 4(4). Récupéré de : <http://www.espritcritique.fr>
- Lenoir, Y. et Ornelas Lizardi, A. (2011). Le concept de situation chez Paulo Freire : une perspective socio-anthropologique et politique. *Recherches en éducation*,

12(novembre), 50-67. Récupéré de : <http://www.recherches-en-education.net/IMG/pdf/REE-no12.pdf>

- Lenoir, Y. et Tupin, F. (2011). Édito [sic]. *Recherches en éducation*, 12 (novembre), 4-11.
- Lesemann, F. et D'Amours, M. (2010). Travailleurs âgés, travail post-retraite et régimes de retraite : exclusion ou inégalités? Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p. 463-486). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lévy, A. (2002). Analyse des pratiques. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 302-312). Paris: Erès.
- Loneux, C. (2004). Savoirs professionnels et savoirs scientifiques dans l'organisation --- Du face-à-face à l'enchevêtrement. *Communication et langages*, 141(1), 71-82.
- Ludman, E. K. et Newman, J. M. (1986). Frail elderly: Assessment of nutrition needs. *Gerontologist*, 26(2), 198-202.
- Malgaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Malo, J. (1995). Les interventions psychosociales : un regard évaluatif. *Intervention*, 100, 51-59.
- Mantovani, J., Rolland, C. et Andrieu, S. (2008). *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et limites du maintien à domicile*. Série Études et recherches, 83. Paris : DREES. Récupéré de : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud83/pdf>
- Marchand, I., Quéniart, A. et Charpentier, M. (2010). Vieillesse d'aujourd'hui : les femmes aînées et leurs rapports aux temps. *Enfances, Familles, Générations*, 13, 59-78.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives, Hors-série numéro 2*, 5-17.
- Massé, R. et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Matlaw, J. R. et Spence, D. M. (1994). The hospital elder assessment team: A protocol for suspected cases of elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6(2), 23-37.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1(1), 59-67.
- Mayen, P. (2004). Le couple situation-activité, sa mise en œuvre dans l'analyse du travail en didactique professionnelle. Dans J.-F. Marcel et P. Rayou (dir.), *Recherches contextualisées en éducation* (p. 29-39). Lyon : INRP.
- Mayen, P. (2001). Dynamique de la pensée et processus d'élaboration pragmatique. Dans G. Vergnaud (dir.), *Qu'est-ce que la pensée? Les compétences complexes dans l'éducation et le travail* (p. 30-41). Paris : Hachette.

- Mayen, P. (1997). *Compétences pragmatiques en situation de communication professionnelle. Une approche de didactique professionnelle* (Thèse de doctorat, Université Claude-Bernard, Lyon, France).
- Mayer, F. et Rose, R. (1998). L'effet des politiques de financement des services de garde sur le choix des modes de garde des familles québécoises. *L'Actualité économique*, 74(1), 63-94.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- McCallion, P. et Ferretti, L. A. (2010). Social work and aging : The challenges for evidence-based practice. *Generations*, 34(1), 66-71.
- McDonald, A. (2010). *Social Work with Older People*. Cambridge : Polity.
- Ministère de la Justice (2009). *Projet de loi 21 (2009, chapitre 28). Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec : Ministère de la Justice.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2013). *L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2011). *Info-Hébergement*, septembre 2011. Récupéré de : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=AAMD0g7o8j8=>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2010). *Info-Hébergement*, février 2010. Récupéré de : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=AAMD0g7o8j8=>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2010). *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-731-01F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2005). *Les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité. Plan d'action 2005-2010*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1988). *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). Rapport*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Monteil, J.-M. (1985). *Dynamique sociale et systèmes de formation*. [Paris] : Éditions Universitaires.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Nélisse, C. (1998). La composition technique en travail social. *Lien social et Politiques*, 39, 161-171.
- Nélisse, C. (1997). Pour une analyse du travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(2), 135-143.
- Nélisse, C. (1993). L'intervention : une surcharge du sens de l'action professionnelle. *Revue internationale d'action communautaire / The International Review of Community Development*, 29/69, 167-181.
- Nélisse, C. et Uribé, I. (1992). Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le curateur public. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 265-284.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V. et Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6(4), 235-254.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ] (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ] (2012a). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ] (2012b). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ] (2011). *Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ] (2007). *Politique de formation continue. Manuel à l'usage des membres*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2011). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 90(2), [s. p.]. Récupéré de : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/fr/>
- Organisation mondiale de la santé (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948*. New York, NY : Organisation mondiale de la santé.
- Ouellette, P. (2007). *Regard bénédictin sur le bonheur, le vieillissement et le loisir contemplatif* (thèse de doctorat en théologie, Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, Canada, et Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Université de Sherbrooke, Canada). Récupéré de : <https://www.google.ca/#newwindow=1&q=ouellette+2007+th%C3%A8se>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Papay, J. (2009). *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Vuibert.
- Paquette, C. (1985). *Intervenir avec cohérence. Vers une pratique articulée de l'intervention*. Montréal : Québec-Amérique.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pastré, P. (2006). Que devient la didactisation dans l'apprentissage des situations professionnelles? Dans Y. Lenoir et M.-H. Bouiller-Oudot (dir.), *Savoirs professionnels et curriculum de formation* (p. 321-344). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Pastré, P. (dir.) (2005). *Apprendre par la simulation, De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.
- Pastré, P. (2004). Introduction. Dans R. Samurçay et P. Pastré (dir.), *Recherche en didactique professionnelle* (p. 1-13). Toulouse : Octarès.



- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17.
- Pastré, P. (1999). L'ingénierie didactique professionnelle. Dans P. Carré et P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (p. 403-418). Paris: Dunod.
- Pastré, P. (1992). Requalification des ouvriers spécialisés et didactique professionnelle. *Éducation permanente*, 111, 33-53.
- Pastré, P. (1992). Apprentissage sur le tas et conceptualisation dans la conduite des machines automatisées. Dans F. Ginbourger, V. Merle et G. Vergnaud (dir.), *Formation et apprentissage des adultes peu qualifiés* (p. 295-209). Paris : La documentation française.
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue Française de Pédagogie*, 154, 145-198.
- Patton, M. Q. (1986). *Utilization-focused Evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Pelham A., Schafer, D., Abbott, P. et Estes, C. (2012) Professionalizing gerontology: Why AGHE must accredit gerontology programs. *Gerontology and Geriatrics Education*, 33(1), 6-19.
- Pennec, S. (2004). Les tensions entre engagements privés et engagements collectifs, des variations au cours du temps selon le genre et les groupes sociaux. *Lien social et Politiques*, 51, 97-107.
- Peterson, D. A. (1990). Personnel to serve the aging in the field of social work: Implications for educating professionals. *Social Work*, 35(5), 412-415.
- Piéron (1963). *Examens et docimologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pilon, A. (1990). La vieillesse : reflet d'une construction sociale du monde. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(2), 141-146.
- Piot, T. (2011). *Le travail enseignant au XXI<sup>e</sup> siècle. Perspectives croisées : didactiques et didactique professionnelle*. Colloque international, Lyon (INRP, ENS), 16, 17 et 18 mars 2011, Lyon, France.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux - Contexte et processus d'apprentissage*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Quéré, L. (1993). A-t-on vraiment besoin de la notion de convention ? *Réseaux*, 11(62), 19-42. Récupéré de : [http://www.persee.fr/doc/reso\\_0751-7971\\_1993\\_num\\_11\\_62\\_2572](http://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1993_num_11_62_2572)
- Rey, B. (2011). Situations et savoirs dans la pratique de classe. *Recherches en éducation*, 12(novembre), 35-49.
- Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 111-139. Récupéré de : <http://id.erudit.org/iderudit/1021182ar>

- Richard, S. (2008). La délibération éthique chez les travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au « gros bon sens » et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 14(1), 200-217.
- Rix-Lièvre, G. (2010). Différents modes de confrontation à des traces de sa propre activité. Vers une confrontation à une perspective subjective située. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 358-379.
- Rochex, J.-Y. (1995). Notes critiques. Barisnikov (Koviljka), dir. et Petitpierre (Geneviève), dir. -- Vygotski. Défectologie et déficience mentale. -- Neuchâtel; Paris : Delachaux et Nestlé. *Revue française de pédagogie*, 112(1), 119-121.
- Roglaski, J. (2006). Articulation des théories de Piaget et de Vygotsky, outils pour la didactique. Dans C. Castela et C. Houdement (dir.), *Actes du séminaire national de didactique des mathématiques, Année 2005* (p. 237-262). Paris: ARDM et IREM- Paris 7.
- Rosen, A. (2003). Evidence-based social work practice. Challenges and promise. *Social Work Research*, 27(4), 197-208.
- Rosen, A. L., Zlotnik, J. L., Curl, A. L. et Green, R. G. (2000). *The CSWE/SAGE-SW National Competencies Survey and Report*. Alexandria: VA: Council on Social Work Education Gero-Ed Center. Récupéré de: <http://www.cswe.org/file.aspx?id=27712>
- Rousseau-Tremblay, É. (2011). *Adéquation des formations universitaires en travail social aux défis que pose le vieillissement au Québec* (mémoire de maîtrise en gérontologie, Université de Sherbrooke, Canada).
- Rousseau-Tremblay, É. et Couturier, Y. (2012). Adéquation des formations universitaires en travail social aux défis que pose le vieillissement au Québec. *Revue canadienne de service social*, 29(2), 169-186.
- Roy, P. (2013). La détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur. *Intervention*, 139(2), 50-62.
- Rubenstein, L. Z., Abrass, I. B. et Kane, R. L. (1981). Improved care for patients on a new geriatric evaluation unit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29(11), 531-536.
- Salles, M. et Couturier, Y. (2011). Contribution potentielle de la didactique des savoirs professionnels à la formation gérontologique. *Vie et Vieillesse*, 9(2), 42-45.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (dir.) (2004). *Recherche en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (1998). *L'ergonomie et la didactique. L'émergence d'un nouveau champ de recherche : didactique professionnelle*. Actes du colloque Recherche et ergonomie, Toulouse, février 1998.
- Samurçay, R. et Pastré, P. (1995). La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences. *Éducation permanente*, 123, 13-31.

- Saussez, F. (2010). Le dialogisme Bakhtinien, une boîte à outils intellectuels pour comprendre l'activité quotidienne ? Dans F. Yvon et F. Saussez (dir.), *Analyser l'activité enseignante. Des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation* (p. 181-201). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *@activités*, 4(2), 122-133.
- Sévigny, R. (2002). Expérience. Dans J. Abrus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 128-133). Paris : Erès.
- Singleton, J., Harbison, J., Melanson, P. M. et Jackson, G. (1993) A study of the factual knowledge and common misperceptions about aging held by health care professionals. *Activities, Adaptation and Aging*, 18, 37-47.
- Sirioux, D. (2004). Déontologie. Dans M. Canto-Sperber (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (4<sup>e</sup> éd.) (p. 474-477). Paris : Presses Universitaires de France.
- Six, J.-F. (1990). *Le temps des médiateurs*. Paris : Seuil.
- Soulet, M. H. (1997). *Petit précis de grammaire indigène de travail social, Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*. Fribourg : Éditions universitaires Fribourg Suisse.
- Statistique Canada (2007). *L'enquête sur la participation sociale et les limitations d'activités de 2006*. Ottawa : Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone, Ministère de l'industrie, n°89-628 XIF, n° 003.
- Stewart, M. J., Georgiou, A. et Westbrook, J. I. (2013) Successfully integrating aged care services: A review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). Récupéré de: <http://doi.org/10.5334/ijic.963>
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams. J. et Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, 242(8878), 1032-1036.
- Stufflebeam, D. L. (2001). Evaluation models. *New Directions for Evaluation*, 89, 7-98.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Teff, S. K. (1982). *Organizing for Aging with Parish Social Ministry*. Washington, DC: National Conference of Catholic Charities.
- Theureau, J. (1992). *Le cours d'action. Analyse sémiotique. Essai d'une anthropologie cognitive située*. Berne : Peter Lang.
- Tompkins, C. J., Larkin, H. et Rosen, A. L. (2006). An analysis of social work textbooks for aging content: How well do social work foundation texts prepare students for our aging society? *Journal of Social Work Education*, 42(1), 3-23.

- Tourmen, C. (2012). *Évaluer en situation professionnelle. Comment voir la pensée dans l'action?* Actes du 24e colloque de l'ADMÉE-Europe. L'évaluation des compétences en milieu scolaire et en milieu professionnel (11-13 janvier 2012), Luxembourg, Luxembourg. Récupéré de : [http://admee2012.uni.lu/pdf2012/S7\\_04.pdf](http://admee2012.uni.lu/pdf2012/S7_04.pdf)
- Tourmen, C. (2008). Les compétences des évaluateurs des politiques publiques. *Formation emploi*, 104, 53-65.
- Turcotte (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel. *Intervention*, 131, 54-64.
- Ulitz, P. (1979). *Identification of a Knowledge Base in Gerontology for Graduate Social Work Education*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, University of Michigan. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Vaillancourt, Y. (1993). Trois thèses concernant le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public. *Nouvelles pratique sociales*, 6(1), 1-14.
- Van de Sande, A. Beauvolsk, M.-A. et Renault, G. (2011). *Le travail social. Théories et pratiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Vanderplas-Holper, C. (1989). La formation à l'observation et à l'évaluation dans une perspective constructiviste. Fondements théoriques et étude exploratoire. *Revue française de pédagogie*, 88(1), 59-66.
- Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 275-292). Paris : Presses Universitaires de France.
- Vergnaud, G. (dir.) (1994). *Apprentissages et didactiques : où en est-on ?* Paris : Hachette.
- Vergnaud, G. (1989). La formation des concepts scientifiques. Relire Vygotski et débattre avec lui aujourd'hui. *Enfance*, 42(1-2), 111-118.
- Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie française*, 30(3-4), 245-251.
- Vérificateur général du Québec (2012). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013. Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec : Vérificateur général du Québec.
- Vermersch, P. (2014). *Entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.
- Vermersch, P. (2010). *Entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.
- Vermersch, P. (1999). *Entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et continue*. Paris : ESF Éditeur.
- Vézina, J. (2010). Quelles attitudes les étudiants universitaires du domaine de la santé entretiennent-ils envers les personnes âgées ? Un état de la question. Dans M.

- Lagacé (dir.), *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 133-155). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Vidal-Gomel, C. et Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *@activités*, 4(1), 49-84.
- Von Patterson, F. M. (2005). Exploring aging through intergenerational and cross-cultural narratives. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 11, 105-119.
- Voyer, G. (2007). Éthique clinique. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd.) (p. 985-998). Saint-Hyacinthe : Édisem et Maloine.
- Vygotski, L. S. (1997/1934). *Pensée et Langage*, suivi de *Commentaire sur les remarques critiques de Vygotski* de Jean Piaget. Paris : La Dispute.
- Walzer, M. (1997). *Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité*. Paris : Seuil.
- Weber, F. (2011). *Handicap et dépendance : drames humains, enjeux politiques*. Paris : Rue d'Ulm.
- Weber, F., Gojard, S. et Gramain, A. (2003). *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*. Paris : La Découverte.
- Weinreich, D. M. et Tompkins, C. J. (2006). Learning objects and gerontology. *Educational Gerontology*, 32(9), 785-799.
- Wells, L. M. (1991). *Aging Population: The Challenge for Community Action*. Faculty of Social Work. Toronto: University of Toronto.
- Wenger, G. C. et Tucker. I. (2002). Using network variation in practice: Identification of support network type. *Health and Social Care in the Community*, 10(1), 28-35.  
Récupéré de : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0966-0410.2001.00339.x/full>
- Whelihan, W., Leshner, E., Kleban, M. et Granick, S. (1984). Mental status and memory assessment as predictors of dementia. *Journal of Gerontology*, 39, 572-576.
- Yin, R. K. (1985). *Case Study Research. Design and Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Yvon, F. et Saussez, F. (2010). Introduction. Dans F. Yvon et F. Saussez (dir.), *Analyser l'activité enseignante. Des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation* (p. 9-16). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Zélizer, V. (2005). *La signification sociale de l'argent*. Paris : Seuil.
- Zuniga, R. (1994). *L'évaluation dans l'action*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Comité éthique

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

Le 10 juillet 2014

Madame Mylène Salles  
Doctorante en gérontologie / Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles  
d'intégration de services en gérontologie  
Centre de recherche sur le vieillissement – CSSS de Sherbrooke IUGS  
1036, rue Belvédère Sud  
Sherbrooke (Québec)  
J1H 4C4

**OBJET: Évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, contribuant à une didactique des savoirs professionnels pour la formation des travailleurs sociaux**  
Chercheure principale: Mylène Salles, doctorante en gérontologie

Madame Salles,

La présente est pour vous confirmer que le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières apporte son soutien au projet **Évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, contribuant à une didactique des savoirs professionnels pour la formation des travailleurs sociaux**. Pour vous permettre de réaliser ce projet, nous vous accordons un privilège de recherche. Nous dégagerons notre personnel afin qu'il puisse vous accompagner dans des activités d'observations et participer à des entretiens individuels semi-dirigés ou des groupes de discussion focalisée. Nous croyons que ce projet sera bénéfique pour l'amélioration de la pratique, l'organisation des services auprès de cette clientèle ainsi que sur la qualité du travail interdisciplinaire.

Une fois votre demande de projet acceptée par le Comité d'éthique de la faculté des sciences humaines de l'université de Sherbrooke, nous vous inviterons à soumettre votre devis à notre comité d'éthique. Dès qu'il aura à son tour certifié la qualité éthique de votre projet, vous serez en mesure d'actualiser les activités du projet au sein de notre établissement.

Veuillez recevoir, madame Salles, nos plus cordiales salutations.

Pierre Morissette  
Directeur des programmes aux personnes en perte d'autonomie  
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières  
1274 rue Laviolette, Trois-Rivières (Québec)  
G9A 1W4

c.c. Carole Paquin, directrice des pratiques multidisciplinaires et des soins infirmiers

Centre St-Joseph  
(centre administratif)  
819 370-2100

Centre hospitalier régional  
819 697-3333

Centre Cloutier-du Rivage  
819 370-2100

Centre d'hébergement  
Louis-Denoncourt  
819 376-2566

Centre d'hébergement Cooke  
819 370-2100

Centre d'hébergement Roland-Leclerc  
819 370-2100

Centre Ste-Geneviève  
819 370-2200,  
poste 46101

Centre Arc-en-Ciel  
819 374-6291

Centre Laviolette  
819 379-5650

Centre de prêt d'équipement  
819 370-2100

www.csss-tr.qc.ca

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières  
Centre hospitalier affilié universitaire régional

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

1991, boul. du Carmel, bureau U2-213  
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9  
Téléphone : 819-697-3333 poste 64399  
Télécopieur : 819-378-9543  
Courriel : 04chrfr\_recherche@ssss.gouv.qc.ca

Trois-Rivières, le 30 avril 2015

Par courriel seulement

Madame Mylène Salles  
Centre de recherche sur le vieillissement  
Centre de santé et des services sociaux-  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

**Objet :** Étude : « L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, contribution à une didactique des savoirs professionnels pour la formation des travailleurs sociaux au Québec »

Madame,

Lors de l'évaluation du protocole en titre, le CÉR du CSSSTR vous avait demandé de ne pas faire mention du CSSSTR dans les présentations et publications en lien avec cette recherche.

Suite à une discussion avec monsieur Brian Dickinson, Chef de l'administration des programmes, et de nos échanges, nous avons reparlé du sujet lors de la réunion du CÉR, tenue le 19 mars dernier. Comme nous avons près de 60 travailleurs sociaux à l'emploi du CSSSTR et qu'il ne s'agit pas d'une évaluation du service ou des travailleurs sociaux, mais plutôt de faire remonter les savoirs vers les instances de formations enseignants en travail social, nous reconsidérons notre décision initiale de ne pas identifier le CSSSTR dans les présentations et les publications.

Il pourra donc y avoir mention du CSSSTR dans les communications en respectant la confidentialité des travailleurs sociaux qui ont participé à la recherche.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

François Lemire  
Président du comité d'éthique de la recherche  
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

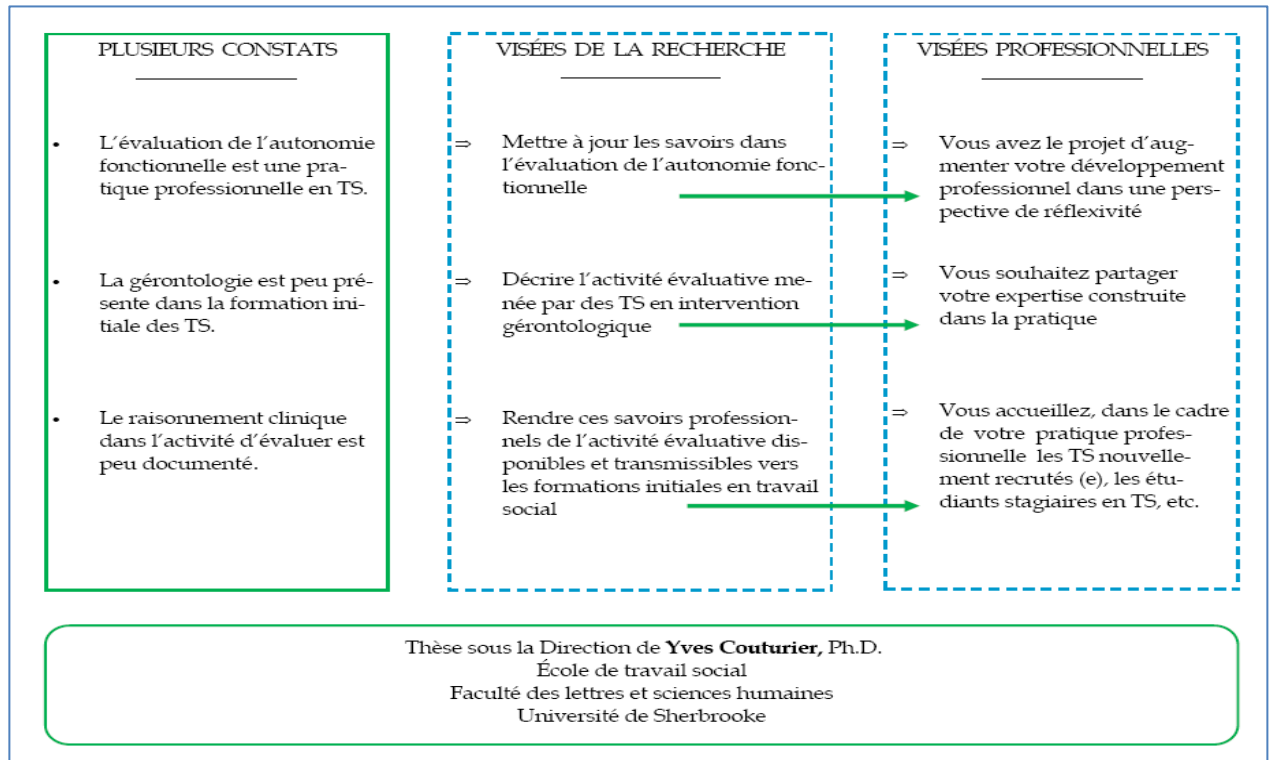
FL/cb

c.c. Monsieur Brian Dickinson

- Centre St-Joseph (centre administratif) 819 370-2100
- Centre hospitalier régional 819 697-3333
- Centre Cloutier-du Rivage 819 370-2100
- Centre d'hébergement Louis-Denoncourt 819 376-2566
- Centre d'hébergement Cooke 819 370-2100
- Centre d'hébergement Roland-Leclerc 819 370-2100
- Centre Ste-Geneviève 819 370-2200, poste 46101
- Centre Arc-en-Ciel 819 374-6291
- Centre Les Forges 819 379-5650
- Centre de prêt d'équipement 819 370-2100
- Centre de l'Horloge 819 370-2100

## Annexe 2 : Brochure présentation projet

7 avril 2014



<p data-bbox="407 1163 618 1184" style="text-align: center;"><b>RECRUTEMENT</b></p> <hr/> <p data-bbox="383 1239 646 1310">Vous êtes intervenant(e) sociale. VOTRE PARTICIPATION SUR 6 MOIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 6 jours d'observation du déroulement de votre pratique</li> <li>⇒ 4 entrevues individuelles</li> <li>⇒ 2 entrevues collectives pour décrire l'activité d'évaluer l'autonomie fonctionnelle</li> <li>⇒ Des rétroactions et consultations en cours de collecte et d'analyse des données.</li> </ul>	<p data-bbox="776 1157 1130 1199">Cette recherche fait l'objet d'une évaluation auprès d'un comité d'éthique.</p> <p data-bbox="769 1234 1138 1297">La thèse s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique sans être une demande institutionnelle.</p> <p data-bbox="781 1356 1125 1556">Doctorante en gérontologie, Université de Sherbrooke Agente de recherche Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS 1036, rue Belvédère Sud Sherbrooke, Québec, Canada J1H 4C4</p> <p data-bbox="805 1612 1109 1633" style="text-align: center;"><a href="mailto:mylene.salles@usherbrooke.ca">mylene.salles@usherbrooke.ca</a></p>	<p data-bbox="1247 1157 1528 1199" style="text-align: center;">PROJET DE THÈSE EN GÉRONTOLOGIE</p> <div data-bbox="1230 1255 1544 1562" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p data-bbox="1260 1283 1520 1535"><b>COMMENT LA PRATIQUE DES TS NOUS INFORME DES SAVOIRS PROFESSIONNELS MOBILISÉS DANS L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DES PERSONNES ÂGÉES</b></p> </div> <p data-bbox="1252 1612 1520 1675" style="text-align: center;"><a href="mailto:mylene.salles@usherbrooke.ca">mylene.salles@usherbrooke.ca</a> sous la Direction de Yves Couturier</p>
	<p data-bbox="932 1696 1138 1745"><b>CSSS-IUGS</b> Centre de recherche sur le vieillissement</p>	



Présentation du projet à l'ensemble des intervenants psychosociaux du SAD. Octobre 2014

<p><b>COMMENT LA PRATIQUE DES TS NOUS INFORME DES SAVOIRS PROFESSIONNELS MOBILISÉS DANS L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DES PERSONNES ÂGÉES</b></p> <p>MÉLYNE GALLER, FUTURE THÈSE SOUS LA DIRECTION YVON COUPLAND, DOCT. EN TRAVAIL SOCIAL, ET YVON LEBLANC, PROF. ET D'ÉDUCATION</p> <p>UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE CENTRE DE RECHERCHE EN ÉDUCATION</p> <p>1</p>	<p><b>PLUSIEURS CONSTATS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La gérontologie est peu présente dans la formation initiale des TS.</li> <li>○ Le raisonnement clinique dans l'activité d'évaluer est peu documenté.</li> <li>○ L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est une pratique professionnelle en TS.</li> </ul> <p>2</p>
<p><b>VISÉES DE LA RECHERCHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Décrire l'activité évaluative menée par des TS en intervention gérontologique</li> <li>○ Mettre à jour les savoirs dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle</li> <li>○ Rendre ces savoirs professionnels de l'activité évaluative disponibles et transmissibles vers les formations initiales en travail social</li> </ul> <p>3</p>	<p><b>COMMENT LE TS FAIT POUR ÉVALUER ET QU'EST-CE QU'IL FAIT QUAND IL ÉVALUE?</b></p> <p>Il utilise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un outil, l'OEMC</li> <li>○ un système informatique</li> <li>○ son raisonnement clinique pour saisir les indices dans le quotidien de la personne, auprès de l'entourage des professionnels pour formuler la synthèse</li> </ul> <p>4</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vous souhaitez partager votre expertise construite dans la pratique</li> <li>✓ Vous accueillez, dans le cadre de votre pratique professionnelle, des TS nouvellement recruté(e)s, des étudiant(e)s stagiaires en TS, etc.</li> <li>✓ Vous avez le désir d'augmenter votre développement professionnel dans une perspective de réflexivité</li> </ul> <p>5</p>	<p><b>AUTRES PERSONNES RENCONTRÉES</b></p> <p>Des enseignants en TS et des étudiants en TS seront entendus par la suite en groupe de discussion</p> <p>Comment les savoirs que nous aurons formulés se retrouvent (ou pas) dans la formation initiale des TS</p> <p>S'ils n'y sont pas ils seront disponibles pour y être intégrés</p> <p>6</p>
<p><b>UNE ACTIVITÉ DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL</b></p> <p>Votre participation s'échelonne sur 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 6 jours d'observation du déroulement de votre pratique</li> <li>□ 3 entrevues individuelles</li> <li>□ 2 entrevues collectives (entre TS) pour décrire l'activité d'évaluer l'autonomie fonctionnelle</li> <li>□ Des rétroactions et consultations en cours de collecte et d'analyse des données.</li> <li>□ Dans le respect de votre horaire, de vos priorités</li> </ul> <p>7</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cette recherche fait l'objet d'une évaluation auprès d'un comité d'éthique</li> <li>✓ La thèse s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique sans être une demande institutionnelle bien que l'accueil soit très favorable</li> </ul> <p>8</p>
<p>Merci de votre attention et de votre accueil.</p> <p>Avez-vous des questions?</p> <p>Pour me rejoindre</p> <p>Objet du message suggéré « volontaire TR »</p> <p>9</p>	

Annexe 3 : Présentation des résultats aux travailleurs sociaux du service de soutien à domicile. sept 2015

2016-03-04

**L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées**

Les savoirs professionnels des praticiens du service psychosocial en SAD

Mylène Salles, Thèse en Gériologie.

Dirigée par Y. Couturier (Ph.D.)  
Département de service social, Université de Sherbrooke  
Codirigée par Y. Lenoir (Ph.D.)  
Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

15 septembre 2015, Trois-Rivières

**QUESTION DE RECHERCHE**

Comment la pratique nous informe des savoirs professionnels mobilisés dans les activités d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées en TS?

**TROIS OBJECTIFS**

- 1) Décrire l'activité évaluative mise en œuvre en intervention gériologique
- 2) Mettre à jour certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle
- 3) Mettre en forme ces savoirs professionnels et les rendre disponibles et transmissibles pour la formation initiale en TS

**RECRUTEMENT**

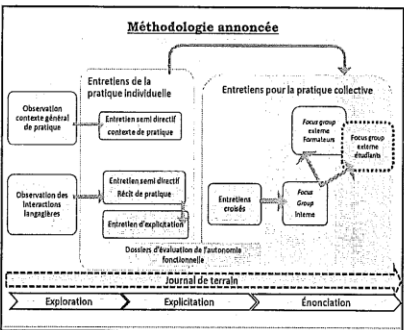
En SAD, lieu de vie des PA

**Pourquoi Trois-Rivières?**

Pas de formation universitaire TS dans la ville  
Préconnaissance de l'organisation en secteur inter  
Changement de milieu de la recherche en gériologie

**Recrutement de 6 volontaires**

- Membres de l'ordre professionnel
- Minimalement 5 ans en SAD
- Au moins 80 % d'un équivalent temps plein



**Méthodologie réalisée**

	NOV	DEC	JANV	FÉV	MARS
10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27
28	29	30	31		
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

**DONNÉES COLLECTÉES**

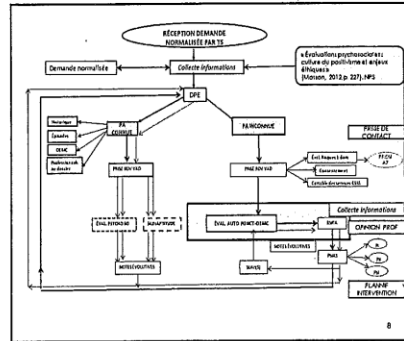
	NOV	DEC	JANV	FÉV	MARS	TOTAL
OBSERVATIONS	20h	20h	20h	18h	18h	24h
TEMPS FORMEL D'ENTRETIENS	4h +1h	3h 20 +1h	4h +1h	3h 30 +1h	3h 30 +1h	4h +1h
	1 h 50 Focus group					
						150 h Plus de notes
						30 h de verbatim

2016-03-04

**Objectif 1**

Décrire l'activité évaluative mise en œuvre en intervention gériatologique.

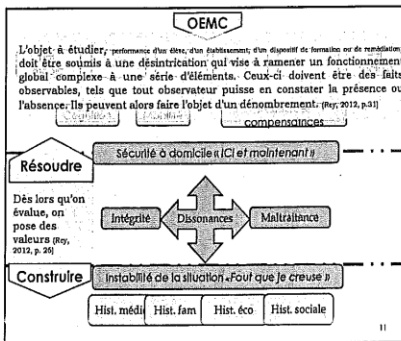
- La procédure
- Le temps



LE TEMPS	
Les temps de l'activité	Les temps de l'organisation
<p>OEMC, 1h 30, lors de la première rencontre, pas toujours faisable (le lien)</p> <p>RSIPA, 1h 30</p> <p>PSIAS, 1h 30</p>	<p>les temps administratifs institution et ordre professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Échéances des notes évolutives</li> <li>- Échéances des OEMC par année,</li> <li>- Échéances des suivis par trimestre,</li> <li>- Échéances des plans d'interventions...</li> </ul>

**ÉVALUER L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

- Activité dans la situation « *ici et maintenant* » (E6, E2)
- Rarement une primo évaluation (5 situations)
- Intermédiaire vers d'autres évaluations
  - Risques (systématique à la rencontre)
  - Homologation de mandat (5 situations)
  - Procédure administrative de relocalisation (7 situations)



**OBJECTIF 2:**

**Mettre à jour certains savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

Activité intentionnelle (E1.E2.E3.E4.E5.E6.)

- Créer du lien (Les services : technique du « pied dans la porte »)
- Maintenir du lien
- Projeter à terme (+ ou moins court)

2016-03-04

**Mettre à jour des savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

Se faire une tête (E1.E3.E5.), une photo (E4)

- Construire une réalité  
Les deux points forts c'est : fonctions cognitives et mobilité, c'est vraiment ça qui va orienter la demande. Les autres aspects, ça gravite autour, c'est des informations... ça explique
- Amener à construire une réalité (E2, E6, E3)  
« qu'est-ce qu'on fait? Et là, la réponse elle ne m'appartient pas »
- S'émanciper du diagnostic (E4.E5.)  
on ne se fie pas seulement sur un diagnostic, on va regarder la situation... parce que oui, le diagnostic, on va regarder le diagnostic... il n'y en a pas « est en perte d'autonomie », ici ça fait pas tout le diagnostic au SAD

13

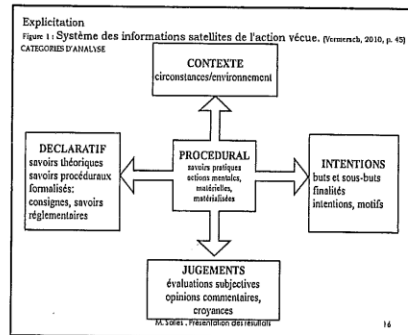
**Mettre à jour des savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

- Maîtriser l'outil d'évaluation
- Saisir les ruptures  
Quand la situation fait obstacle au déroulement routinier de la procédure supportée par l'outil.  
je lui ai donné les éléments sur lesquels j'ai focussé, sur... je lui ai donné les éléments que j'avais... qui faisaient en sorte que moi, je n'étais pas convaincu
- Dissonance cognitive  
Je complète l'OEMC et, surpris quand on arrive à la dynamique familiale!
- Comprendre ce qui ne va pas, la technique du « foreur »  
oups ! je me rends compte que je ne peux pas... je ne peux pas prendre de décision comme ça... je dois aller fouiller un petit peu plus loin.

**VOIR - SENTIR - ENTENDRE**

14

ENTRETIENS INDIVIDUELS				ENTRETIENS COLLECTIFS
OBSERVATION	CONTENU DE PRATIQUE	RÉCIT DE PRATIQUE	EXPLICATION	CROISE
Subi. Mère les bandils vieillissant	La toilette masculine	La toilette masculine	La toilette masculine	Inconscience humaine et cascade
Éval. Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong
OEMC. Le couple au petit chien hargneux Subi Mère / fille cohabitation conflictuelle	Le couple au petit chien hargneux	Mère / fille cohabitation conflictuelle	Mère / fille cohabitation conflictuelle	Les conjoints qui avaient fait un pacte
OEMC. Prisonne	Prisonne	Prisonne	Prisonne	La dame obèse qui ne mangait pas
Éval. Daisy	Daisy	Daisy	Daisy	Daisy
Subi. Le Dieu, la saute et les deux chiens	Maison de discorde	Maison de discorde	Maison de discorde	Maison de discorde



ENTRETIENS INDIVIDUELS				ENTRETIENS COLLECTIFS
OBSERVATIONS	CONTENU DE PRATIQUE	RÉCIT DE PRATIQUE	EXPLICATION	CROISE
Subi. Mère les bandils vieillissant	La toilette masculine	La toilette masculine	La toilette masculine	Inconscience humaine et cascade
Éval. Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong	Ping-pong
OEMC. Le couple au petit chien hargneux Subi Mère / fille cohabitation conflictuelle	Le couple au petit chien hargneux	Mère / fille cohabitation conflictuelle	Mère / fille cohabitation conflictuelle	Les conjoints qui avaient fait un pacte
OEMC. Prisonne	Prisonne	Prisonne	Prisonne	La dame obèse qui ne mangait pas
Éval. Daisy	Daisy	Daisy	Daisy	Daisy
Subi. Le Dieu, la saute et les deux chiens	Maison de discorde	Maison de discorde	Maison de discorde	Maison de discorde

**Confronter**

**Co construire**

**Valider**

17

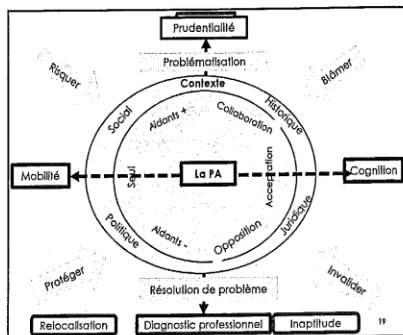
**ÉVALUER ?**

Dans les situations complexes  
L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle dépasse la collecte d'informations soutenue par l'outil d'évaluation,  
il oriente sans forcément déterminer l'activité

Les indices éparpillés de la perte d'autonomie doivent être recomposés pour faire sens

- une exploration ouverte de ce qui fait dissonance pour l'intervenant dans la situation
- une co-construction de la réalité avec la personne, pour pouvoir intervenir
- des prises de décision quand la co-construction n'advient pas

2016-03-04



**OBJECTIF 3:**

Mettre en forme ces savoirs professionnels et les rendre disponibles et transmissibles pour la formation à l'activité évaluative des TS

la réception des deux groupes de discussion

**QUESTIONS PROPOSÉES ENSEIGNANTS**

- Les savoirs de la pratique dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont-ils repérables, repérés dans d'autres activités de la pratique des TS?
- Les savoirs de l'activité d'évaluation dépassent le seul objet autonomie fonctionnelle (P1)
- Ces savoirs de l'évaluation sont-ils formalisés dans la formation actuelle des TS?
- Réfléchir (aux enjeux) ou raisonner (dans la pratique)?(P1)
- Présents par morceaux, non experts, outil standardisé (P4)
- Vos remarques, suggestions, questions...
- Parler d'approche, de méthodes mais peu de références aux savoirs théoriques en TS pour dire sa pratique (P3)
- Objet « activité d'évaluation » arrive au « raisonnement dans l'activité » (P1)

**DISCUSSION**

Savoirs? Connaissances?

- Savoir et rapport au savoir
- Valeurs qui orientent l'activité,
- Normes sociales, professionnelles, institutionnelles?

la connaissance de méthodes et des techniques d'entretiens, des connaissances médicales, des traitements, des pathologies du fait des expériences ( milieux prof et temps), la maîtrise des procédures, des dispositifs et des outils, la connaissance du milieu et du territoire

**Difficulté à dire les savoirs mobilisés dans l'activité**

Activité évaluative ou raisonnement clinique dans l'évaluation?

**RAISONNEMENT CLINIQUE**

Une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines, physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable. (Psiuk, 2012, p. 91).

« Clinique » en situation et « qui est saisissable par l'intermédiaire de la vue, du toucher, de l'ouïe, de l'odorat, de la parole, ce que l'on peut parvenir à discerner par tous les moyens à notre disposition » (Formarier, 1993, p. 66)

ACTIVITÉ D'ÉVALUATION	
PROCÉDURE	INVARIANTS
Collecter l'information Créer le contact Formuler une opinion Planifier l'intervention	Confronter Coconstruire Valider
MAÎTRISE DE L'OUTIL	VALEURS
Confiance Aisance Usage	Défense des droits Probabiliste Légaliste

2016-03-04

#### LA SUITE

Deux publications en cours :

- les premiers résultats (AQC)
- la méthodologie (ARQ)
- un colloque

La rédaction de la thèse puis sa soutenance

Recrutement par enseignante en TS pour la suite dans la formation à compter de février .

La recherche qualitative se fonde sur une investigation de terrain.

Merci aux responsables du SAD de Trois-Rivières (CSSS-TR) pour toutes les facilitations, disponibilité de l'agente administrative, considération des temps de collecte et lecture des entretiens transcrits comme temps de travail des volontaires

Pour le respect du déroulement de la recherche

Merci aux 6 volontaires qui ont accepté la recherche et s'y sont prêtés généreusement, leur disponibilité, les retours de ce leur a procuré cette participation

Merci aux personnes âgées et à leur entourage d'avoir ouvert la porte de leur domicile *[La maison où on nous propose des pantoufles]*.

## Annexe 4 : Attestations de formation entretien d'explicitation

***Cerfe***

*Centre de ressourcement et de formation  
pour les enseignants inc.*

***Attestation de participation  
et reçu***

***De : Madame Mylènes Sales***

***La somme de : cinq cents cinquante dollars (550\$)***

***Pour : la formation à l'entretien d'explicitation  
qui s'est tenue du lundi 6 au vendredi 10 janvier 2014, de 9h00 à 16h30,  
au Pavillon Desjardins de l'Université Laval.***

*Cette formation de cinq jours a été offerte par Maurice Legault, professeur retraité de  
l'Université Laval et formateur certifié du Groupe de recherche sur l'explicitation (GreX). Ces  
cinq jours correspondent à la formation de base de niveau I du GreX.*

*Maurice Legault, Ph.D.  
Professeur retraité de l'Université Laval et  
Formateur au Cerfe*

*Le 10 janvier 2014*

**Anne Cazemajou Formation**

· Numéro SIRET : 531 063 402 00022, CODE APE 9001Z  
 N° de déclaration d'activité : 11 92 19693 92

4 rue de la Côte 92350 Le Plessis Robinson  
 06 61 55 53 16 / annecazemajou@yahoo.fr

**ATTESTATION DE STAGE**  
**ENTRETIEN D'EXPLICITATION - NIVEAU 2**

Nom du stagiaire : SALLES Hytère.....

A suivi la formation du lundi 16 mars au vendredi 20 mars 2015.  
 Durée totale de la formation : 35h  
 Lieu de la formation : Espace 360, 71 bd Richard Lenoir, Paris 11<sup>e</sup>.

**Objectifs généraux de la formation :**

- Pratiquer l'entretien d'explicitation de façon à mesurer les compétences acquises depuis le stage de base et à cibler les points demandant une meilleure pratique, une compréhension plus approfondie et une disponibilité plus souple.
- Créer et maintenir les conditions de l'explicitation.
- Adapter l'entretien d'explicitation à des objectifs professionnels particuliers à travers des exercices de simulation.

**Objectifs pédagogiques :**

Pratiquer et repratiquer les bases pour les approfondir :

- la mise en évocation,
- le guidage vers une situation spécifiée,
- l'écoute en temps réel des types d'informations satellites de l'action,
- la détection des implicites,
- le contrôle des effets perlocutoires,
- l'amplification et le contrôle de la fragmentation,
- la documentation des couches de vécu,
- la prise en compte de la cohérence temporelle : étapes, transitions, causalités.
- l'expansion des qualités,
- les reprises des gestes,
- la synchronisation de la relation,
- la mise en œuvre des contrats de communication et d'attelage.

**Contenus :**

- les actes d'attention,
- les attitudes relationnelles,
- le détail des activités cognitives,
- les effets des relances...

À Paris, le 20 mars 2015  
 La responsable pédagogique  
 Anne Cazemajou

Stagiaire



## Annexe 5 : Grille d'observation du contexte de pratique

Situations		Type d'activité				
		Inscription de l'activité dans la planification des fonctions	Modalités temporelles	Agenda du TS		
				Agenda du service		
			Agenda extérieur			
			Localisation dans la planification			
	Composantes constitutives	Finalités poursuivies	Intentions objectifs			
		Savoirs référés				
		Éléments matériels et instruments	Éléments utilisés	Pédagogiques		
				Didactiques		
				Relationnels		
Règles et normes		Aspects organisationnels				
	Aspects relationnels					
	Aspects disciplinaires					
	Questions posées					
Acteurs	Interlocuteurs ciblés	Pa, famille, professionnels				
Structuration du cheminement de l'activité	Séquentialisation (geste et discours)	De l'intervenant				
		De son interlocuteur				
Dispositifs	Instrumentaux	OEMC	Modalité d'utilisation			
		RSIPA	Modalité d'utilisation			
		Manuels, protocoles	Modalité d'utilisation			
		autre	Modalité d'utilisation			
	Procéduraux	Facilitateurs organisationnels	Aménagement spatial			
			Déplacement, postures physiques du TS			
		Facilitateurs socio affectifs	Stratégie de relation socio affective TS/PA			
		Facilitateurs d'intervention	Stratégie d'intervention TS/PA			
		Démarches	À caractère scientifique	Professionnelle (acronymes, codage,...)		
				Vulgarisation (ça veut dire que...)		
Adressivité, responsivité						
De résolution de problème						
		De Problématisation (conceptualisation)				
		De réalisation				
		De sens commun				
Autres	Incidents critiques/éléments perturbateurs		Type et caractéristiques			

Tableau inspiré de : Y. Lenoir, 2006, p. 127 Tableau 2. *Composantes de la pratique d'enseignement considérées lors de l'analyse des données relatives aux pratiques annoncées et observées*

## Annexe 6 : Guide d'entretien contexte de pratique

### Objectifs :

- Entendre les TS sur le contexte de leur activité,
- Revenir sur des aspects observés,
- Renseigner le parcours du professionnel.
- 

### **Introduction de l'entretien,**

L'entretien proposé porte sur le contexte de pratique des professionnels qui ont à charge l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans les services de soutien à domicile. L'entretien (d'une durée approximative d'une heure) fait suite au temps d'observation et vise à approfondir avec vous certains aspects du contexte de pratique observé. Il se termine par des questions concernant votre parcours professionnel, si vous le permettez.

Demande de confirmation de l'accord d'enregistrement, garantir l'anonymat.

### Votre pratique dans les missions d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

- Actuellement, vous avez combien de dossiers ouverts pour l'évaluation?
- Selon votre expérience, les deux jours d'observation sont-ils représentatifs de ce qui se passe ordinairement ?
  - o Oui... approfondir, question de relance (qu'est-ce qui est habituel ...)
  - o Non ... approfondir, question de relance (qu'est-ce qui est inhabituel ...)
- Vous faites combien d'évaluation par mois approximativement?
- Dans votre institution quels sont les professionnels qui effectuent une activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle?
- Vous estimez le temps nécessaire de l'entrée au dossier à la transmission de l'évaluation à combien de jours ... ?
- Qu'est-ce qui accélère ou ralentit un dossier ?
- Vous souvenez vous de votre premier dossier d'évaluation? Est-ce vous l'aborderiez de la même manière aujourd'hui?

### Le contexte.

- Dans votre contexte d'intervention, qu'est ce qui facilite ou au contraire ne facilite pas votre mission d'évaluation (rencontre avec les collègues, échange avec les partenaires externes, formation, l'outil d'évaluation, autres) ?
- Comment le service répartit les dossiers, par exemple quand un dossier « entre » comment est-il attribué?
- Comment vous prenez un dossier en main?
- Cette procédure est-elle commune aux TS, est-elle soutenue par un guide auquel vous pouvez vous référer (sources)?
- Pouvez-vous décrire la procédure officielle pour une évaluation?
- Quand vous entrez dans un dossier que regardez-vous en priorité?

### Des questions maintenant qui concernent votre parcours professionnel

- Vous êtes en poste TS depuis combien de temps (années) ?
  - Vous êtes sorti de l'université en quelle année ?

- Avez-vous été formé(e) à l'évaluation ? (formation à l'outil d'évaluation, au logiciel d'évaluation, à l'activité d'évaluation), si oui précisez
- Au titre de TS, avez-vous travaillé dans d'autres services ou d'autres populations?
  - o Avez-vous effectué des évaluations dans ces autres contextes de pratique?
  - o Selon vous, en quoi l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est comparable ou diffère de ces autres expériences?
- Comment êtes-vous arrivé(e) au Service de soutien au domicile?
- Avez-vous quelque chose à préciser?

---

Conclusion, remercier, ouvrir sur l'entretien de récit de pratique qui sera le second entretien semi directif.

## Annexe 7 : Guide d'entretien récit de pratique

### Objectif :

Décrire les activités mises en œuvre dans leur déroulement chronologique à partir d'un dossier complet d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle mené par le TS

---

Introduction : ce second entretien (d'une durée approximative d'une heure) concerne le récit de pratique d'un dossier d'évaluation d'autonomie fonctionnelle mené intégralement par vous et que vous estimez réussir. Je vous propose de choisir un dossier typique de votre pratique professionnelle et relativement récent dans le temps. Les prénoms ou noms utilisés ainsi que les lieux seront rendus anonyme lors de la transcription. Nous pouvons convenir d'un pseudonyme durant notre échange.

Demande de confirmation de l'accord d'enregistrement, garantir l'anonymat.

Pouvez-vous résumer la situation telle qu'elle se présente à vous au moment où vous entrez dans le dossier?

- Ce dossier est entré dans votre charge de travail à partir de quel évènement?
- En quoi la situation au départ était-elle claire ou au contraire confuse pour vous?

---

Je vous propose, à l'aide du dossier, de reprendre les différentes étapes du déroulement de l'évaluation

- Quand vous entrez dans le dossier, vous avez commencé par quoi, concrètement?
  - o Quelles sont vos priorités, sont-elles variables selon les dossiers?
  - o Qu'est-ce qui a orienté votre intervention précisément dans ce dossier, à partir de quel indice de départ?

- 
- Dans le déroulement de l'évaluation, vous échangez avec la personne, son entourage, vous approfondissez des questions?
    - o Qui sont vos interlocuteurs dans ce dossier? Demander de préciser.
    - o Vous comptez combien d'étapes entre l'entrée et la fin de l'évaluation, si on prend la rédaction de la synthèse comme étant la fin?
    - o Qu'est ce qui structure ces étapes? Ce dossier est plus ou moins long ou vous a demandé plus ou moins d'étapes que la moyenne?
      - Si oui, quelles informations êtes-vous allé chercher, à partir de quel indice ou intuition?
      - Si non, à partir de quoi vous percevez que la recherche d'information est satisfaisante et suffisante?

- 
- Dans votre intervention, quelle est la place que vous donnez à l'outil d'évaluation?
    - o L'outil a quel statut? Central, support, aide à la décision... comment l'utilisez-vous?
    - o Concrètement dans ce dossier, l'outil vous accompagne à quel moment, la personne âgée voit-elle l'outil?
    - o Selon vous, est-ce qu'il y a des questions sensibles dans l'outil d'évaluation?

- Par exemple dans ce dossier, est-ce qu'il y a des questions que vous n'abordez pas, pour quelles raisons?
  - D'un autre côté, est-ce qu'il y a de indicateurs qui pour vous sont significatifs et qui ne sont pas dans les items de l'outil et que vous utilisez ou qui influencent votre raisonnement?
  - Est-ce que c'est particulier à ce dossier ou est-ce que c'est, pour votre pratique, relativement régulier?
- 
- Avec toutes les informations collectées auprès de la personne, de son entourage des professionnels, le but de l'évaluation est de dire par la synthèse la priorité pour l'intervention?
    - Que recherchez-vous à mettre en avant dans les quelques lignes de la synthèse?
    - En quoi cette finalité liée à l'intervention influence votre raisonnement clinique ?
    - Avez-vous une technique pour trier, hiérarchiser les informations collectées pour construire la synthèse?
    - Votre synthèse est présentée aux personnes âgées, aux familles, aux autres professionnels, avec ces interlocuteur comment défendez-vous votre raisonnement clinique
    - Concrètement, dans ce dossier comment ça s'est passé?
  - Qu'est-ce qui vous a semblé important dans le déroulement de l'évaluation, qui a nécessité votre expertise de TS?
    - Pouvez-vous exprimer votre choix pour ce dossier en particulier?
    - Avez –vous quelque chose à ajouter?

---

Conclusion, remercier, ouvrir sur l'entretien d'explicitation qui sera le troisième entretien semi directif.

## Annexe 8 : Guide d'entretien d'explicitation

Note : l'entretien d'explicitation est une mise en évocation qui repose sur le discours proposé par le locuteur. Il est complexe d'aller plus loin dans la grille de présentation de l'outil.

---

### Objectifs :

- Revenir sur une étape cruciale dans le récit de pratique qui a donné accès à une compréhension de la situation de la personne;
- Identifier les activités implicites de l'activité centrale.

Introduction. Au cours de l'entretien de récit de pratique nous avons traité d'un dossier d'évaluation d'autonomie fonctionnelle (rappel du pseudonyme donné). Je vous propose de revenir sur une étape de celui-ci, étape qui vous semble cruciale dans votre compréhension de la situation de la personne âgée dans le déroulement de l'évaluation. L'entretien d'explicitation est une technique de re-mémorisation de ce que vous avez fait et pensé dans ce moment précis. Demande d'accord d'enregistrement et de compréhension de la consigne.

---

### Remise en situation

Dans le dossier de récit de pratique si vous en êtes d'accord, je vous propose de revenir sur une étape cruciale de votre pratique qui vous a donné accès à une compréhension de la situation de la personne.

- Pouvez-vous préciser cette étape et décrire la situation spatiale?
- la personne (pouvant être la personne âgée, un membre de sa famille...) est où par rapport à vous, qu'est-elle en train de faire?
- Vous, vous faites quoi (matériellement), vous voyez quoi? (Demander des descriptions de la situation)
- Qu'est ce qui attire votre attention?
- Dans cette situation, comment faites-vous pour comprendre que ce point particulier est important (demander des indices descriptifs de la situation)?
- Comment savez-vous que c'est important pour la personne (demander des indices descriptifs de la situation)?
- Comment savez-vous que c'est important pour saisir la situation (demander des indices descriptifs de la situation)?

## Annexe 9 : Guide d'entretien d'autoconfrontation croisée

Note : l'entretien [d'autoconfrontation] croisé repose sur un dossier effectif et sur l'interaction entre deux professionnels au sujet de ce dossier. Il est complexe d'aller plus loin dans la présentation de l'outil.

Objectifs :

- Créer un temps d'échange formel entre deux TS au moment de la rédaction de la synthèse;
- Mettre le raisonnement clinique en discussion entre deux professionnels expérimentés;

La chercheuse (observatrice) veille au respect des objectifs, à la gestion du temps et à la bienveillance de l'entretien dans le but de partager les pratiques évaluatives entre TS.

---

Introduction. Nous sommes au moment de la rédaction de la synthèse contenue dans le document d'évaluation faite par TS-A qui va la partager avec TS-B. la recherche garanti l'anonymat des noms des personnes et des lieux notamment par la transcription si dans le déroulement ces indications sont utilisées. Votre échange est en ma présence et sera enregistré en audio avec votre accord. La finalité de cette rencontre est de créer un temps d'échange sur ce que vous faites et comment vous le faite lorsque vous rédigez la synthèse à partir des indices et données collectées dans de la procédure d'évaluation.

Le déroulement : TS-A propose une première synthèse rédigée à TS-B. TS-A reprend phrase par phrase et explique à TS-B comment il arrive à ces conclusion, ce qu'il a eu besoin de faire pour y parvenir. TS-B questionne TS-A sur ce qu'il fait et comment il le fait chaque fois que sa compréhension l'indique. Le but est de mettre en discussion entre les deux professionnels expérimentés le raisonnement qu'ils suivent dans une conclusion de la procédure d'évaluation.

## Annexe 10 : Guide d'entretien du groupe de discussion avec les travailleurs sociaux

### Objectifs

- Proposer aux TS entendus et observés une première présentation des savoirs mobilisés dans les séries d'activités ;
  - Discuter à partir des façons de faire singulières pour en reconnaître des savoirs génériques de l'agir par les TS ;
  - Reconnaître des savoirs issus des pratiques individuelles d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle en savoirs collectifs.
- 

### Introduction

Vous avez participé respectivement à la recherche depuis son début. Je vous propose de mettre en discussion les résultats intermédiaires de la recherche. L'entretien est enregistré, X est ici présent(e) à mes côtés pour une prise de notes complémentaire à l'enregistrement audio que je vous propose.

Le canevas (il ne sera disponible que suite à l'avancée des résultats de la collecte) est fait d'affirmations qui se veulent énonciatrices des savoirs que vous mobilisez dans votre pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

Vous avez reçu individuellement le document qui présente ces différentes affirmations afin que vous puissiez réfléchir en amont de cette rencontre. Si certains d'entre vous ont annoté le document transmis et souhaitent le transmettre, vous pourrez le faire à la fin de la rencontre.

Je propose que chacun(e) d'entre vous, puisse s'exprimer sur les différents points, dans l'ordre du document transmis (pour faciliter la collecte des données).

Ma fonction est de veiller à la distribution de la parole et de solliciter la participation de chacun.

Question d'ouverture et questions thématiques sur :

- Les activités et les savoirs pratiques qui y sont associés dans le déroulement de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle,
- Les fondements de la mise en œuvre du raisonnement professionnel dans le cadre de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle,



## Annexe 11 : Guide d'entretien du groupe de discussion Enseignants

Présenter où on se situe par rapport à la collecte de données de la thèse explication de la difficulté de recrutement avec les étudiants en maîtrise de TS. Passage par un des représentants des étudiants qui présente la recherche dans le cadre du cours intervention en gérontologie. Trois étudiants volontaires puis grève. Il m'a alors semblé important de ne pas passer par le représentant des étudiants qui pouvait avoir une double casquette dans le mouvement de grève. J'aurai pu recruter les étudiants qui sont en maîtrise en TS et qui sont au CDRV mais, soit ce sont des collègues de travail, soit je les ai eu en cours. Il me semblait que du point de vue de la méthode ce n'était pas très clair.

Quatre participants pour un groupe de discussion avec vous [les enseignants], c'est un peu un chiffre limite mais je fais le choix de le maintenir. Puis demain, nous allons [avec l'observatrice] à T-R où nous avons le groupe de discussion interne avec tous les TS qui vont être présents et que j'ai observé, entendu, suivi, poursuivis, vous pouvez mettre tout ce que vous voulez là-dedans.

Questions posées en amont de la rencontre (envoyées par mail) et reprises à l'issue de la présentation du PowerPoint

- Les savoirs de la pratique dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont-ils repérables, repérés dans d'autres activités de la pratique des TS?
- Ces savoirs de l'évaluation sont-ils formalisés dans la formation actuelle des TS?
- Dans une perspective de transfert des savoirs de la pratique vers la formation, ces premiers résultats selon vous sont valides, utilisables ?
- Vos remarques, suggestions, questions...

## Annexe 12 : Document PowerPoint de présentation pour les deux groupes de discussion

2016-03-04

**L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle  
des personnes âgées**

**Contribution de la didactique professionnelle  
à la formation des travailleurs sociaux au Québec**

Doctorat de gérontologie

M. Séverin, Université du Québec  
Éric Poirier, Université du Québec

**Question de recherche**

Comment la pratique des TS nous informe des savoirs professionnels mobilisés dans/par/pour les activités d'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle?

Trois objectifs opérationnalisent la question de recherche :

- Décrire l'activité évaluative mise en œuvre par les TS en intervention gérontologique.
- Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle.
- Mettre en forme ces savoirs professionnels et les rendre disponibles et transmissibles pour la formation à l'activité évaluative des TS.

M. Séverin, Université du Québec

**Les cadres théoriques et conceptuels**

Le cadre théorique choisi est celui des théories de l'activité (Vygotski, 1935, réédition 1997) pour qui l'action précède la pensée.

Trois principes fondamentaux des TA :

- 1) elles focalisent sur l'objet même de l'activité;
- 2) elles distinguent les actions de l'activité. Les activités sont collectives. Elles peuvent s'entendre comme partagées au sein d'un groupe professionnel;
- 3) la situation et l'activité sont en interaction et non pas envisagées en subordination l'une vis-à-vis de l'autre

M. Séverin, Université du Québec

**Les cadres théoriques et conceptuels**

L'activité de l'évaluation par la didactique professionnelle (DP) oriente les théories de l'activité dans l'énonciation des savoirs professionnels pour la formation (Pastré, 2005).

- Le professionnel expérimenté a construit une connaissance expérientielle favorisant l'atteinte des finalités de son intervention dans le déroulement son activité.

M. Séverin, Université du Québec

**Concept fondamental de médiation.**  
Lenoir et collaborateurs (2002)

La rencontre évaluative • TS-Personne âgée • s'impose ici comme interaction.

L'imposition est double :

- la personne âgée doit être évaluée pour faire reconnaître sa demande et accéder à des services,
- le TS doit évaluer pour formuler un jugement et prévoir la suite.

L'évaluation est donc une problématisation, soit le passage du problème à celui de problématique dirigée vers l'action.

M. Séverin, Université du Québec

**Un métier de langage**

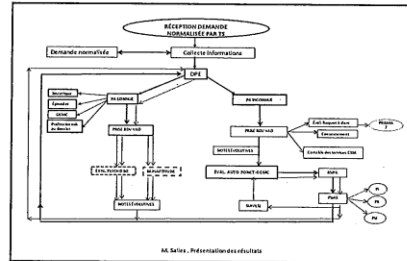
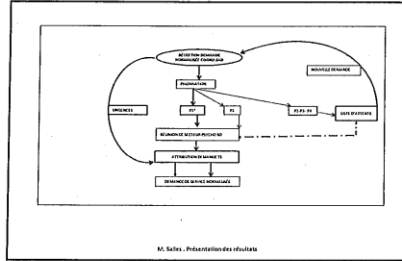
Le langage intérieur témoigne de la pensée qui dirige l'action, notamment dans la perturbation de routines.

Ce type de langage sert d'indicateur de la prise de conscience de l'activité, c'est-à-dire • la tentative de saisir dans les mots une situation, de trouver une issue, de prévoir l'action suivante • (Vygotski, 1997, p. 97).

M. Séverin, Université du Québec



2016-03-04



**Décrire la pratique, le PROTOCOLE**

- Prise en charge de la demande
  - Risques à domicile
  - Consentement
  - Pochette des services
  - OEMC et les «anevas»
- OEMC (papier) à la première rencontre
- Notes évolutives pour les interventions *significatives*
- RSIPA
- PSIAS (PI, PII, PSl)
- L'agenda « Lotus »

M. Saitta - Présentation des résultats

**Décrire la pratique, le TEMPS**

- Temps immatériel de la prise de connaissance demande formalisée
- Comment prioriser? (inconnu, seul, à domicile)
- Temps de l'OEMC, 1h 30
- Temps de transcription RSIPA, 1h 30
- Temps du PSIAS, 1h 30
- les temps administratifs institution et ordre pro
  - Echéances des notes évolutives
  - Echéances des OEMC, à l'année,
  - Echéances des suites aux 3 mois,
  - Echéances des plans d'interventions...

M. Saitta - Présentation des résultats

**Décrire la pratique**

<p><b>Les contraintes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Part administrative</li> <li>• Se faire « caller » l'hôpital</li> <li>• Jouer avec les fluctuations de l'offre de service</li> <li>• Doublons avec l'ordre professionnel</li> <li>• Serveurs et autres équipements qui plantent</li> </ul>	<p><b>L'espace</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteurs géographiques sur un même étage en multi</li> <li>• Les portes ouvertes</li> <li>• Le pigeonnier, passage obligé</li> <li>• Trois TS sont dans un bureau</li> <li>• Entre le bureau et le domicile : la voiture</li> </ul>
---	---

M. Saitta - Présentation des résultats

**OBJECTIF 2 : Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

Évaluation :

- Activité dans la situation « *ici et maintenant* » (E6, E2)
  - Rarement une primo évaluation
  - Intermédiaire vers d'autres évaluations
    - risques (administrative pour l'établissement)
    - homologation de mandat (procédure juridique)
    - procédure administrative de relocalisation
- Activité intentionnelle (E1, E2, E3, E4, E5, E6)
  - Création du lien (Les services : technique du « pied dans la porte »)
  - Maintien du lien
  - Projection à terme (+ ou moins court)

M. Saitta - Présentation des résultats

2016-03-04

**Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

**Évaluation:**

- Se faire une tête (E1.E3.E5.), une photo (E4)
  - Construire une réalité:
    - Entre la mobilité et la perte cognitive, AVQ et AVD sont les indicateurs de la perte d'autonomie
- EE.4: Les deux points forts c'est : fonctions cognitives et mobilité, c'est vraiment ça qui va orienter la demande. Les autres aspects, ça gravite autour, c'est des informations... ça explique
- Amener à construire une réalité (E2. E6. E3)
- EPR.6: « qu'est-ce qu'on fait? Et là, la réponse elle ne m'appartient pas »
- Différente du diagnostic (E5.)
- EE.4: on ne se fie pas seulement sur un diagnostic, on va regarder la situation... parce que oui, le diagnostic, on va regarder le diagnostic... il n'y en a pas « est en perte d'autonomie », ici ça fait pas tout le diagnostic au SAD

M. Saffes, Présentation des résultats

**Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

Quand la situation fait obstacle au déroulement routinier de la procédure supportée par l'outil:

De la grille OEMC vers la dissonance cognitive

EE.6: Je complète l'OEMC et, surprise! quand on arrive à la dynamique familiale!

EE4: Je lui ai donné les éléments sur lesquels j'ai focussé, sur... Je lui ai donné les éléments que j'avais... qui faisaient en sorte que moi, je n'étais pas convaincu

La technique du « forage » pour comprendre ce qui ne va pas  
EE.5: oups ! je me rends compte que je ne peux pas... je ne peux pas prendre de décision comme ça... Je dois aller fouiller un petit peu plus loin.

**VOIR - SENTIR - ENTENDRE**

M. Saffes, Présentation des résultats

**Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

- CE QUE JE VOIS:
    - dans le dossier (E1.E2.E3.E4.E5.E6.)
    - dans le domicile (E2.E1.E3.E6.)
- EE.2: je vais voir s'il y a un panier de fruits...mais j'rais pas avec Mme ouvrir son frigo. Il y en a que je vais le faire, des fois parce que (4s) ça marchera pas là! (4 s) peut être un jour, mais pas tout de suite !
- dans le comportement des personnes
    - Posture de refus
- EE.2: Au premier abord qui va avoir l'air (4S) rude, si on veut, avec un facial... très... fâché, là... tu sais, on sent qu'elle est pas (4S) sévère, un peu à la limite, là... et puis souvent, son non verbal, son non verbal il parle! Elle est assis lâcher les bras sur la poitrine, se recule dans son siège, baisse la tête, position frontale « ça va bien! »
- «Regard de santé mentale» (E1.)
- EE.1: Une expression...(3s) comme si on lui parlait de quelque chose...insensé ou inconnu, fait que...y a eu beaucoup de ça, des négations...t'sais, déni de situation...un petit rictus qui fait qu'on n'est pas en train de...parler de la bonne affaire ou...c'est pas ça ce qu'on est en train de ...

M. Saffes, Présentation des résultats

**Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

- CE QUE JE SENTIS:
  - Odeurs (fumée de cigarette, urine...)(E2. E1. E3. E6.)

EE.2: La madame dont tu parles [couple Country], elle a pas ... son besoin... il est pas criant, elle est propre cette madame, elle sent bon ! Elle sent pas l'urine ! Elle est propre de sa personne ! Elle a pas l'air...négligée, là !

- « Faut pas prendre Mme pour une conne » (E3.)
- « Le fruit est mur » (E2.E6.)

EE.2: C'est souvent des maladies dégénératives...puis c'est ça ... ça prend une évolution pour que les besoins se mettent en place [la dame qui lisait le deuxième sexe]

- « Mme est inapte » (E1.)
- « Mme va me mettre à la porte si je continue » (E2.)

M. Saffes, Présentation des résultats

**Mettre à jour les savoirs mobilisés dans l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle**

- CE QUE J'ENTENDS:
    - Différentes façons de dire oui
- M : ...le vrai oui et le faux oui...le faux oui... comment tu le repères
- EE.5: ...le faux oui...comment... (6s) ben, tu sais... encore là... je trouve que c'est dans le ton... « Est-ce que ça va? » ... oui [ton étroit lent, apathique] ... il y a des tons... Qu'on voit... Que ça n'a pas l'air... assumé!!(rire)
- M: c'est un oui non assumé! C'est jol comme expression!
- EE.5: un oui non assumé! C'est call! Parce que les «assumés» aussi on les replace bien! C'est TACI « Parfait! Merci! Bonjour! » (Voix clair, dynamique)
- Cohérence et incohérence des propos (E1.E2.E3.E4.)
- EE.4: Mme a des troubles de comportements, retire de grosses sommes d'argent, on ne sait pas ce qu'elle fait avec... elle accuse qu'elle se fait voler, on lui montre les vidéos...où c'est elle même qui retire de l'argent mais, non, non... pour Mme c'est quelqu'un qui s'est déguisé comme elle
- Formuler sans nommer
- EE.6: elle décrit une situation [maltraitance financière], sans apporter de non sur ce qu'elle décrit !
- l'incontinence (E3.)

M. Saffes, Présentation des résultats

**OBJECTIF 3: Mettre en forme ces savoirs professionnels et les rendre disponibles et transmissibles pour la formation à l'activité évaluative des TS.**

Ébauche des stratégies mises en œuvre par les intervenants

- Dire les vraies choses (Confrontation) (E1.E4.E6.)
- EE.6: j'ai tout à gagner à nommer les vraies choses ... ça a toujours porté fruit par exemple...c'est correct de nommer mais c'est dans la façon de faire...ça prend des habiletés aussi...je ne fais pas juste dire « pauvre vous, vous êtes vraiment victime de violence! »
- Amener à faire dire (Co construction) (E3.E2.E5.)
- EE.3: j'ai essayé de voir...c'est toujours en explorant sa pensée... dans le fond...est ce qu'il y a des préjugés...est ce qu'il y a une gêne... est ce qu'il y a un embarras... est ce que c'est monétaire... il y a quand même quelque chose... qui ne colle pas ! Mais je n'ai pas encore trouvé quoi !
- Faire redire (Vérification de la compréhension) (E6.E5.E3.E1.E2.E5.)
- EE.5: j'annonce que je vais ... Je pense que je fais... Avant de raccrocher... j'essaie de faire un résumé de ce qui s'en vient, ce qui s'en vient, les étapes qui s'en viennent, « est-ce que ça vous va? »... Je pose la question, voir si c'est correct pour eux autres... je valide...

M. Saffes, Présentation des résultats

2016-03-04

**Conclusion transitoire**

Dans les situations complexes, l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle dépasse la collecte d'informations soutenue par l'outil d'évaluation

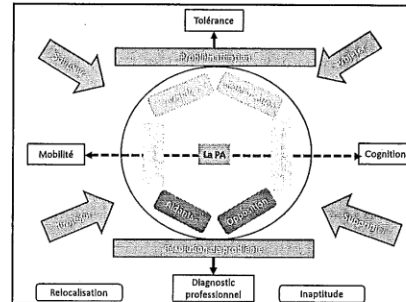
Elle suppose alors une exploration ouverte de ce qui fait dissonance pour l'intervenant dans la situation

Elle suppose une co-construction de la réalité avec la personne, pour pouvoir intervenir

Elle suppose des prises de décision quand la co-construction n'advient pas

*Remarque de dernière minute sur l'usage d'un vocabulaire maritime: naviguer, arrimer, ramer, balises, ...phare, À TR*

M. Saller, Présentation des résultats

**Questions proposées**

- Les savoirs de la pratique dans l'activité d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont-ils repérables, repérés dans d'autres activités de la pratique des TS?
- Ces savoirs de l'évaluation sont-ils formalisés dans la formation actuelle des TS?
- Dans une perspective de transfert des savoirs de la pratique vers la formation, ces premiers résultats selon vous sont valides, utilisables?
- Vos remarques, suggestions, questions...

M. Saller, Présentation des résultats

## Annexe 13 : Journal de terrain

NOTE du 18 février 2015

Les intuitions de la résolution de problème et de la problématisation se confirment toujours et s'affinent.

Quand la question du soutien à domicile est « simple », factuelle, le TS avec la collecte de données faite avec l'outil d'évaluation tend vers la résolution (problème de transfert : ergo, problème de mobilité physio, problème d'hygiène : auxiliaires,...)

Par contre quant à l'issue de la collecte des données « quelque chose cloche », ne va pas de soi, l'outil n'est plus suffisant et le TS passe en mode problématisation. Soit le mouvement inverse de la résolution de problème qui décompose le quotidien de la personne âgée. Le TS vise alors à le recomposer en collaboration avec la personne et son entourage par la problématisation la situation.

Quand l'OEMC ne suffit pas c'est qu'il y a quelque chose qui « cloche » ou « je vois que ce qu'elle me dit, ça ne colle pas », ou l'incohérence d'un temps du discours dans l'ensemble du discours

À ce moment-là, le TS dépasse l'outil et va questionner l'espace qui lui semble incohérent. Certains disent que c'est l'intuition, d'autre l'expérience. Par ex entretien d'explicitation « point de départ, je voyais que Mme était inapte » avec Dominique dans cette investigation et dans l'attitude les valeurs personnelles (risque, danger, hygiène, choix de la personne...) sont des seuils très personnels aux tolérances des TS.

C'est là que se cachent les savoirs de la pratique, mais comment les nommer?

## QUESTION :

S'il est relativement aisé de relever les savoirs en actes, doit-on les présenter sous grandes catégories et là, la catégorisation devient plus complexe... par ailleurs, sont-ils des concepts pragmatiques?

Pour l'instant, pour moi, cette nuance est floue.

À mi-chemin de la collecte des données, pour l'instant je tiens le rythme des transcriptions remises aux intervenants concernés avant l'entretien suivant, contraignant mais bénéfique.

PS Le journal de bord est tenu de façon certaine en fin de journée, je lui substitue au bout de la deuxième semaine une prise de notes sur cahier à spirale, page de gauche je note ce qui se passe... page de droite les plans des bureaux, les remarques qui me viennent en cours d'observation. La prise de notes ne se fait jamais en présence des usagers. De retour au bureau ou en fin de journée brosse rapidement les informations et sensations de la situation

Pendant les observations, certains TS, quand le local (les deux autres occupants sont en vacances ou eux même en visite à domicile) le permet et sur information de l'interlocuteur (sauf sur répondeur) j'ai accès à la conversation... de fait je me centre plus sur ce que dit l'intervenant que ce que dit l'interlocuteur pour ne pas avoir à limiter les sources collectées quand les situations ne donneront pas accès aux deux bouts du message. Mon intérêt est sur ce que fait le TS. Cet intérêt est aussi de voir comment il

rédige ses notes... je demande si je peux me rapprocher ... nous arrivons assez vite à deux sur le même bureau à regarder le même écran. Qu'est-ce qu'il ou elle a vu, ce qu'il écrit, dans les notes, ce qu'il va chercher dans le DEP... les OEMC manuscrits, les carnets de notes, les agendas et leur façon de les remplir d'annoter, les « trucs » dans les entretiens téléphoniques, comment il, elle se présente au téléphone, ... mais aussi les agacements quand le système informatique gèle... les discussions informelles ou formelles avec les collègues de bureau, les relations avec la hiérarchie quand elle s'impose pour dire autre chose que l'avis du professionnel, l'auxiliaire de vie qui débarque en fusil, l'infirmière qui rapporte une situation qui lui semble urgente, l'hôpital qui demande une évaluation dans l'instant pour prononcer un retour à domicile ... l'appel de la gardienne parce que le petit dernier fait de la fièvre...les balais d'essuie-glace qui ont gelé...

Il y a des moments précieux dans l'informel, de retour d'une visite à domicile, à l'aller, une mise en situation, on va où, pourquoi on y va et depuis combien de temps on est au dossier, parfois « je ne suis même pas certain qu'elle nous laisse rentrer... » murmuré dans un sourire en mettant la main sur la portière de la voiture... et au retour sorte de « débriefing » à haute voix de l'intervenant qu'il faut juste accompagner d'un « hum »... pour l'encourager à continuer ... dans une situation le retour aux mots a été long (M. 53 ans Alz.), parce qu'on sait que la conjointe sait le chemin devant elle, elle est préposée dans une résidence... ou alors que nous devons quitter la tenue enfilée pour passer à peine 20 minutes dans une maison sale... pas de commentaires en dehors de l'auto. Portes closes, il faut là aussi du temps pour pouvoir en parler. C'est là même chose quand on quitte une chambre, garder le visage neutre quoi qu'il se soit passé derrière la porte pendant l'entretien

Les limites de la proximité ... une fois dans un dossier, alors que l'intervenant cherchait des informations j'ai lu le titre d'une pièce jointe qui mentionnait une hospitalisation en psychiatrie... je l'ai mentionné, il ne l'avait pas relevé ... le dossier compte un nombre de pièces jointes très, très important... fallait-il que je le mentionne... Mme dans ses entretiens donne une impression de présente-absente, de fort soupçons d'auto négligence, comme on dit c'est parti « tout seul »...parfois par mes questions je souhaite plus ou moins habilement remettre en mémoire un élément que l'intervenant n'a pas encore nommé... Lors d'une visite je cherche le détecteur de fumée du regard qui se veut le plus discret... difficile de n'être que des yeux...et des oreilles... parfois un nez?

NOTE du 25 février...

Depuis maintenant 5 semaines d'observations, je suis étonnée par :

Les dentiers flottants, mobiles et autonomes dans les bouches des personnes âgées... comment s'assurer d'une condition optimale d'alimentation?

Les dames qui soulèvent leurs jupes, jaquettes...robe de nuit pour « faire voir » à l'intervenant le coupable de la perte de mobilité

En vrac :

Je suis étonnée

- pour les migrants du peu de prise en compte des circonstances de l'arrivée...que je suppose dramatiques pour certains (régimes des généraux en Grèce) ou à haut risques pour d'autres (fin de la guerre de Bosnie), l'histoire commence ici semble-t-il avec l'octroi d'un statut de résident? Ils étaient quoi avant, ailleurs?



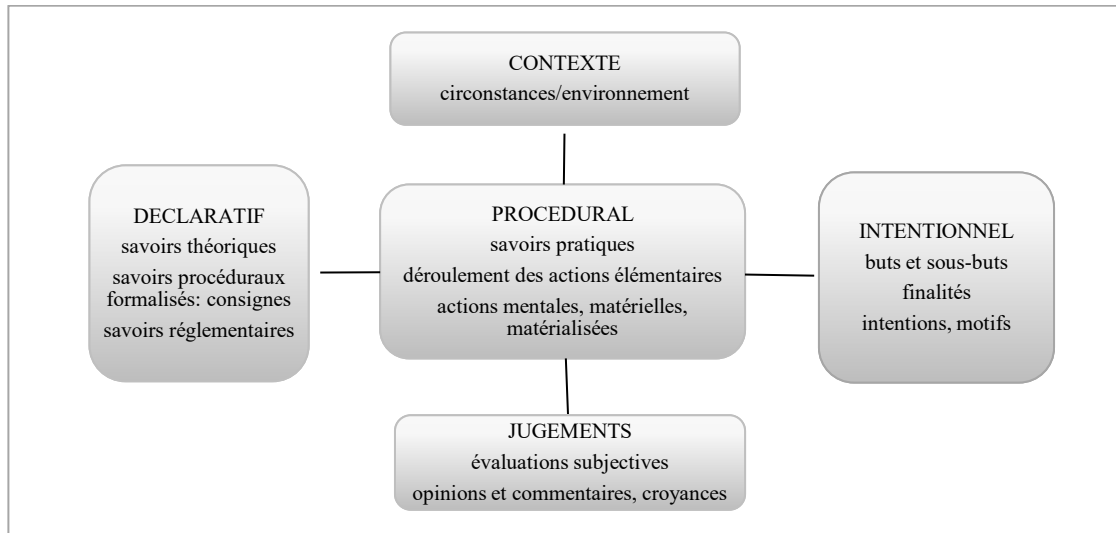
- des couples âgés, très âgés qui « dorment encore collés » aux dires des enfants et qui partira lui en RI cognitive et elle en RI physique...parce que c'est le diagnostic.
- Pour les relocalisations influenza et la bactérie C.difficile...ont été terribles dans les CHSLD...il y a de la place pour les relocalisations...et du coup les TS sont moins limités dans les options possibles.... Paradoxe
- Universalité... « tripoter la balance » voir « Si la photo est bonne » chanté par Barbara.... échanges informels entre deux intervenante d'un même bureau dont un qui est volontaire
- La notion d'urgence qui n'est pas claire, pour l'hôpital, pour l'inf, pour le TS
- Les balises pour les bains je commence avec deux bains par semaine comme norme et 5 semaines plus tard la norme est devenue 1 bain semaine.... Ça se dit dans les couloirs... « information savonnette » apparemment rien n'est écrit mais de TS en TS ça se dit... Pour ceux qui ont de l'expérience... fluctuations des paniers de services sans jamais avoir vraiment d'info... aller à tâtons;
- « faire la blonde » et demander juste en dessous du seuil qui exige une supervision de la coordo pour s'assurer d'un filet de sécurité, éviter que Mme repasse par l'accueil, ouvrir une demande technique pour jouer avec les normes.
- Je suis étonnée que la perte d'autonomie soit un quasi concept (puisqu'il y a des évaluations) mais que les balises soient floues à ce point... pas seulement relativement à l'âge des personnes, Et ça c'est manifeste!
- la perte d'autonomie soit un quasi concept émergence de « à partir de quoi on juge l'entrée ou pas dans le SAD » donc la reconnaissance ou pas de la part de la perte d'auto dans la situation de la personne : perte de mobilité et cognitif sont les deux balises de navigation les AVQ AVD sont les expressions de la pertes de sa cause ou de son effet pour expliquer la perte d'autonomie, comme la mayonnaise est l'illustration de l'émulsion instable en cuisine... voir du rôle et de la composition d'un pôle hydrophile et d'un pôle lipophile de l'émulsifiant...la perte d'autonomie, il y a de la réadaptation possible

## Annexe 14 : Calendrier des temps de collecte

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
19 janv.	obs. Dominique	obs. Charly	obs. Charly	obs. Dominique	Contexte de Pratique. Charly
26 janv.	obs. Charly	obs. Charly	obs. Charly	Contexte de Pratique. Dominique	
				Récit de pratique. Charly	
2 fév.	obs. Élie	obs. Élie	obs. Dominique	obs. Dominique	
9 fév.	Contexte de Pratique. Élie	obs. Élie	obs. Élie	obs. Élie	Récit de pratique. Élie
	Récit de pratique. Dominique				
	explicitation Charly				
16 fév.	obs. Sacha	obs. Sacha	obs. Sacha		
		contexte de pratique. Sacha			
23 fév.	obs. Claude	obs. Claude	Explicitation Élie	obs. Claude	
	Récit de pratique. Sacha	Explicitation Dominique	Contexte de pratique. Claude	Récit de pratique Claude	
2 mars.	obs. Camille	obs. Camille	obs. Camille	Camille	
		Contexte de pratique Camille			
13 avr.	Explicitation Sacha	Entretien croisé Charly-Élie			
	Explicitation Claude				
	Explicitation Camille				
20 avr.		Entretien croisé Dominique- Sacha			
		Entretien croisé Camille-Claude			
11 mai		Groupe de discussion avec enseignants	Groupe de discussion avec TS		

## Annexe 15 : Analyse thématique des entretiens à partir des informations satellites de l'action

Fractionnement des entretiens d'explication à partir du système des informations satellites de l'action vécue



Reprise figure 5 : Système des informations satellites de l'action vécue. (Vermersch, 2010, p. 45)

Pour présenter l'entretien d'explicitation dans le contrat d'attelage j'ai repris la métaphore utilisée par Pelchat « vie plissée, vie chiffonnée » la métaphore de l'accordéon

Contrat d'attelage

M : dans une situation donnée...tu vas revenir sur un moment de cette situation et tu vas expliquer ce que tu as fait, ce que tu as senti...grosso modo...comment tu as perçu que c'était ça qu'il fallait que tu fasses. Tu vois, c'est un entretien qui est vraiment particulier dans le, dans le détail. C'est comme si on avait un accordéon et qu'on déplissait l'accordéon pour voir...toutes les strates.

entretien explicitation Dominique	j'avais relevé dans le récit de pratique que tu as proposé « madame était inadéquate »
entretien explicitation Dominique <b>CONTEXTE circonstances/environnement</b>	
lors de l'évaluation pour le mandat, l'évaluation psycho sociale pour l'homologation du mandat, à cette rencontre-là, elle était présente et M était présent	
c'est à partir de cette rencontre que tu as commencé à te rendre compte que Mme était inapte	
Dominique (D) : c'est là que mes points d'interrogation sont apparus, en effet	

entretien explicitation Dominique <b>DECLARATIF</b>	
<b>savoirs théoriques</b>	
M, selon les informations, s'était pas lavé depuis un certain temps... tu sais, Madame pour elle, elle exprimait qu'elle	

était pas capable ...de convaincre M d'aller au bain, t'sais,.... que dans le fond, c'était pas si grave, t'sais, il fallait le respecter dans la maladie, tout ça... la fille, mais la fille, elle s'est mis, elle s'est mis à gigoter et elle a dit « ben voyons! Faut, faut, faut, faut l'obliger à se laver »

D : elle était pas en mesure de prendre soin de M et elle l'exprimait à travers se incohérence, et puis ses incompréhensions de la maladie. ...puis les interactions avec la fille, quand elles se confrontaient, l'une et l'autre... tu voyais très bien que Mme était pas en mesure...de ...toute en possession des éléments pour bien gérer la situation

D : mais c'est sûr que c'était...il y avait pas de lien de confiance établi ni avec la fille ni avec la mère...les deux...

D : t'sais, oui, elle la connaît sa mère, oui il y a des larmes qui ont coulé...mais, t'sais, c'est quand même fait devant un étranger, un psychosociaux...

D : il m'a pas semblé si préoccupé que ça dans ...

M : il était déjà peut être dans son monde ... du fait de la maladie ?

D : mais tu sais, du fait aussi que ça allait tellement vite, qu'il suivait pas, qu'il était pas capable de suivre verbalement, il y avait trop de mots à la seconde

D : ben, toute tes connaissances au niveau de ta pratique, il faut que ce soit tellement bien intégré, que tu y penses pas, que ça vient d'emblée...que ça fasse partie de toi que ce soit...PH : puis après ça, tu te concentre sur ta gestion de tes émotions ...la gestion....des situations qui t'arrivent...tu sais ?

M : hum

D : je fais référence à ton acquis, ton acquis, (3 secondes) ton savoir...puis ton savoir-faire pour...pour que tu puisses...mettre...mettre ton énergie sur le savoir être... je le vois comme ça...mais...faut...faut que tu paraisses assez...assez confiants tu sais ...puis en même temps quand tu es dans des situations ...comme ça...d'homologation...ou d'abus...ou...qu'importe... à ...tu sais, si tu es pas solide, là... ! Les, les, les...manipulateurs, ils vont, te, te, te, ...détecter ...

M : ils te mangent tout cru?

D : c'est ça... il faut que tu sois capable...De ...il faut que tu montres, que tu saches où tu t'en vas...qu'ils t'aurent pas...c'est mon point de vue

#### entretien explicitation Dominique savoirs procéduraux formalisés: consignes

D : j'ai pas la même lecture de la situation [que la fille en début de dossier]

D : j'avais moins de chose...au moment de l'entretue

D : t'sais, on était vraiment dans les débuts des dossiers,

D : il y a eu des discussions où là j'ai dû recadrer d'une manière plus ferme la discussion ...la... mais t'sais, les attentes envers l'usager. C'est sûr qu'il y a eu des rencontres qui se sont MAL passées avec cette dame là... par la suite. Même après ces discussions plus houleuses...t'sais, j'ai quand même revenu...ce que je veux dire c'est que je lui réponds à chaque fois. Je prends quand même le temps à chaque fois d'écouter ce qu'elle a à dire et d'essayer de la diriger la dedans,

D : je pense que c'est avec ça que tu fini par, malheureusement mettre des étiquettes sur les gens

M : on te le demande.... Dans le mandat d'inaptitude on te le demande

D : c'est ça...

M : si le mandataire est apte ou pas...

D : c'est ça...

M : on te demande ton opinion, ton jugement professionnel

D : c'est ça

M : on voit que le jugement professionnel, il se construit dans la situation

D : ... tu veux dire pendant l'intervention?

M : oui...

D : (3 secondes) oui, (deux seconds) oui. C'est ça. En fait, c'est ça... tu as plusieurs sources de, d'informations, t'sais, à laquelle tu accordes, puis dans une... démarche... d'homologation du mandat, c'est sur qu'il faut que tu prennes ton temps (3 secondes), il faut être sur des choses. Des fois, ça prend du temps pour les..., pour valider toutes les informations que tu as des différentes sources.

D : je pense qu'il faut bien se connaître, il faut bien maîtriser le savoir qui est, par l'intervention qu'on est en train de faire

M : c'est quoi le savoir

D : tu sais, tout les ... on parlait de mandat en cas d'inaptitude

M : oui

D : c'est, c'est bien que tu maîtrises ton outil d'évaluation, que tu maîtrise le processus, que tu maîtrises... ton rôle dans le processus...tu sais, le savoir que tu as besoin dans le fond pour faire de l'intervention. mais il faut que tu te fasses confiance... il faut...que tu...tss, ...il faut que tu...tss... j'aurai envie de dire ...paraisse solide, en maîtrise de toi puis de tes connaissances, tu sais... pour que tu puis...tss... pff, comment je pourrais dire...han... j'ai une comparaison niaiseuse... mais... quand on joue de la musique et qu'on chante et qu'on joue de la guitare en même temps...t'sais...à un moment donné... il faut tellement que ta guitare soit intégrée que tu y penses plus...t'sais...pour penser juste au chant, t'sais... c'est un peu la même chose...

#### entretien explicitation Dominique savoirs réglementaires

D : tu sais, quand tu fais l'évaluation, c'est pas le moment de recadrer des affaires et d'exposer tes constats...tu es là pour saisir, évaluer, t'sais parce qu'il faut que tu te prononces pour sa nomination, elle est en évaluation aussi...même si elle le sait pas réellement.

D : je me recentre sur la tâche, aussi,

M : ça veut dire que ?...

D : ça veut dire les raisons de ma présence, les raisons de mon service, des fois quand ça devient, quand ça déborde, les surcharges d'émotions ou ça devient contrôlable, on revient sur les raisons, pourquoi on vient là, les raisons, il faut du recadrage...

#### entretien explicitation Dominique savoirs pratiques

M : est-ce qu'elle t'est sympathique?...au premier abord....?

D : ...oui, jusqu'à temps qu'elle se rend compte que sa manipulation fonctionnait pas ...je dirais... alors oui, il y a eu un changement d'état lors de cette rencontre-là.

D : c'est jamais sa faute, on la comprend pas dans ce qu'elle vit...que...si on serait à sa place on ferait pareil...c'est comme... elle se désresponsabilise, elle veut qu'on la prenne en pitié, elle souhaite qu'on...c'est ça...qu'on la comprenne...qu'on acquiesce à ce qu'elle demande à ce qu'elle dit

M : quand tu es face à une personne comme ça qui recadre sa mère, se met à pleurer, être très émotive, comment, comment tu deales avec ça?

D : ...silence ça dépend de la situation, ça dépend de la personne, ça dépend je suis rendu où dans mon intervention et dans mon lien significatif ...ben, j'essaye toujours de...dédramatiser la situation...c'est sur qu'il y a plein de situations qui me viennent en tête là...

M : mais dans celle-là?

D : dans celle-là, j'ai rien fait, je l'ai laissé gérer son émotion...

D : C'est sûr que, la rencontre était chargée d'émotions. Ce n'était pas nécessairement tout verbalisé

D : à ce moment-là, je me souviens pas d'avoir fait des interactions, peut être que j'en aie fait, je m'en souviens pas exactement. Mais si j'en ai fait c'est plus pour détendre l'atmosphère que je trouvais trop lourde pour la poursuite de l'évaluation, essayer de dédramatiser, de mettre ces éléments-là de côté, pour poursuivre...

D : quand, quand, quand ça dégénère, j'essaye toujours de... de tempérer on me l'a dit souvent, les familles me l'ont dit souvent que j'étais ....t'sais, que j'étais posé et puis que je savais où je m'en allais donc ça leur donnait confiance, t'sais ?

D : une fois que l'émotion est passée...en tout cas... je peux....tss...

M : la tienne ou celle de l'usager ?

D : celle de l'usager ! Celle de l'usager ! Je suis quand même en contrôle de mes émotions, en tout cas, je pense !

Écoutes, je me vois pas ... mon non verbal... mais je pense que ... je pense que je contrôle quand même bien mes...mes...mes émotions intérieures, mes sentiments, comment je me sens comme intervenant dans les situations... je pense que ça reste bien caché... je pense... mais

D : on parle de la fille?

M : oui

D : (5 secondes) je savais, c'était clair pour moi qu'elle avait besoin d'en dire plus ... c'était évident

M : il y avait du sous texte?

D : il y avait du sous texte !...oh, OUI... donc ; ...heu (6 secondes) oui, c'est ça, c'est, c'est, du... c'est beaucoup de non verbal, ...de...de d'intuitions, d'impressions... c'est difficile à nommer ces choses là.... Je pense que ça vient... avec l'expérience .... Avec que... c'est ça... il faut que tu en vois des situations comme ça ...il faut que tu en vois de ce genre de personne là pour... être en mesure de mieux les repérer par la suite...c'est sûr qu'on peut toujours se tromper

M : hum

D : mais, (2 secondes) mais c'est ça ...j'ai, j'ai...en tout cas...faut pas tirer trop vite nos conclusions non plus mais il faut se préoccuper de ces impressions là

M : hum, hum

D : il faut s'écouter, il faut se faire confiance aussi, puis....quand tu sens quelque chose...que ça va pas bien...il faut que tu approfondisses ça ... il faut que tu le décortiques, ...il faut que tu ailles chercher...

M : c'est quoi ...

D : il ne faut pas que tu te bâtisses...des ...des...des conclusions trop hâtives, avec, juste avec ça, non plus mais il faut que tu approfondisses avant de pouvoir juger comme il faut ...

M : hum, hum

D : ... une personne ou une situation, t'sais... mais quand t'es en entrevue et tu te dis « voyons, il y a quelque chose qui fonctionne pas » ...il faut que tu pousses d'avantage ta réflexion, ton raisonnement ...tes...

M : ça se fait en même temps ?

D : ça dépend, ça dépend... (2 secondes) des fois, je pense que c'est propice à...tu nommes ton impression et puis te le valide avec l'usager ou avec l'aidant, t'sais, ... d'autres contextes, non, c'est, ce n'est pas ...c'est pas une bonne idée... ça, ça dépend. (3 secondes)... ça dépend !

M : hum

D : t'sais, des fois quand je veux faire passer un message, ben, je vais, je vais, je vais utiliser... je vais l'utiliser en entrevue, (3 secondes) « est ce que je me trompe ou, je sens telle affaire »...t'sais ?

M : ok

D : et ... puis tu sais, pour que, qui soient plus attentifs sur ce que je vais leur dire ou ...ce que je vais leur amener, t'sais,...

M : hum

D : ça dépend, ça dépend du contexte... mais oui.... Ça m'arrive d'exprimer ... concrètement mon impression en entrevue

D : t'sais, on l'aurait rencontrée seule ...et ça se serait passé autrement

M : personne ne t'aurait donné le regard...

D : oui...beaucoup moins d'indices...sur son inadéquation...je m'en serais aperçu...bon, les finances auraient parlé d'elles-mêmes ! ...je l'aurai questionnée d'avantage à être seul avec ... »comment ça se fait que on est arrivé là »... mais...s'il y avait pas eu toute cette situation non, verbale là ;...toutes ces tensions là...c'est ... (4 secondes)

M : ça serait passé ....ça aurait été moins rapidement au dossier...

D : oui, c'est ça...

M : ok

D : mais ça serait venu quand même au bout de la ligne

entretien explicitation Dominique **déroulement des actions élémentaires**

M : si on en revient à ce moment-là, cette scène si on reprend comme un scénario, cette scène elle se passe où?  
D : dans la cuisine de la maison. D'un côté de la table il y a la madame, qui est l'épouse du Monsieur qui lui est tout au bout de la table  
M : oui  
D : à ma droite et la fille de Mme qui est à côté de sa mère est en face de moi  
M : donc le Monsieur, est ce qu'on peut dire qu'il est un peu à l'écart?  
D : non! La distance est la même mais, lui, par contre il est vraiment au bout de la table

M : tu as deux personnes en face de toi, Monsieur est en bout de table, donc, ton interaction elle est  
D :: en face

M : qu'est-ce que tu fais pour signifier que tu vas être le soutien de la fille? Parce que, j'imagine que c'est dans c'est moment-là que ça se joue aussi?  
D : il me semble, de mémoire, que je me suis plus concentré sur ce que l'épouse me donnait comme information, j'ai même pas eu le temps de revenir au bureau que j'Avais déjà` des appels, de... des personnes présentes

M : comment ça se traduit dans l'intervention, dans l'activité, comment ça se traduit ce changement de statut vis à vis de ton interlocuteur qui d'interlocuteur source d'information devient interlocuteur qu'on suspecte d'être inadéquate?  
D :: quand je lui parle, quand je lui parle, je vais moins...tenir compte de ce qu'elle me dit pour la poursuite du dossier, tu sais, elle est comme étiquetée en fait

D : J'essayais de diriger mon entrevue pour avoir tous les informations dont j'avais besoin

M d'un coin de l'œil tu as Monsieur qui est en bout de table...il fait quoi Monsieur ?  
D : le regard vide, absence. ...quand on s'adressait à lui, il comprenait pas ce qui se passait, alors il fallait lui expliquer

D : des fois je suis directif... donc, plus, bon, ben, on va...  
M : c'est à dire ?  
D : que j'exprime un petit peu.... Mes attentes, dans le fond  
M : tu veux de la collaboration ?... tu l'énonces ?  
D : oui, je peux le nommer... t'sais,

M : ça a duré combien de temps  
D : TSS; TSS; TSS; TSS.... Je dirais ...heu...2 heures ??  
M : ok  
D : deux heures...  
M : et le moment où tu te rends compte que Mme est inadéquate c'est au début des deux heures ?  
D : (trois secondes) quand même assez rapidement,... quand même assez rapidement... pas qu'elle est inadéquate ... c'est plutôt ma conclusion finale, mais que...des choses qui marchaient pas là...  
M : ...le doute...  
D : oui, les doutes, ...les impressions à valider... tu sais, je... c'est arrivé assez vite là... c'est arrivé assez vite...

entretien explicitation Dominique **actions mentales, matérielles, matérialisées**

D : quand on expose les risques...je ne sais pas moi.... Du fait qu'elle surveille pas M et qu'il se perde pendant de longues heures, soit à MTL soit dans le SUD...t'sais... pour elle...heu...tu voyais, tu voyais que pour elle il y avait pas de problématique à ce niveau...

D : tu sais, la fille nous regarde et elle nous signifie que c'est pas tout dit, là...il en manque...il manque quelque chose... d'autres moments, à d'autres moments, elle va se retourner vers sa mère

D : Le discours inverse je vais lui accorder plus d'importance...je vois, en fait dans le fond, en fait, ça part d'incohérences, de non verbal, ça part de ce que je viens de dire tantôt, de tensions, de lourdeurs.... Je vois que Mme...elle...elle est pas dans son état en fait... donc à partir de là, le discours qu'elle me dit...je, je, j'en relève de l'incohérence...que quelqu'un me dit que c'est pas grave que la personne se PERD! Ou que c'est pas grave qui se lave pas! Où ce n'est pas grave que les comptes sont dans le rouge! Que c'est jamais de sa faute...t'sais...à un moment donné!!! Tu en déduis que la personne est pas en mesure de prendre soin de quelqu'un d'autre...tu sais que elle-même est en difficultés

M : comment tu sais que c'est la fille qui a raison

D : tss, simplement, je le relie, avec mon système de valeurs, t'sais, les, les, dans le fond, je me mets tout le temps à la place de la personne...quel genre de décision moi j'aurai pris dans ce contexte là... donc, dans le fond, j'en déduis par mes expériences de vies, que les incohérences qu'elle démontre...ça me prouve que c'est la fille qui a raison, t'sais.

D : je sais pas si son étiquette a changé mes interventions ? c'est sur, tu t'en permets plus une fois que tu sais à qui tu as à faire...tu peux te permettre d'aller plus loin dans tes interventions , être plus ferme à quelque part

M : quand tu te rends compte qu'elle est inadéquate? Qu'elle est sur la défensive, qu'elle te fait des gros yeux... elle se trémousse sur sa chaise... sa fille se met à pleurer ...la contredit...

D : ... hum... pff...je dirais qu'en temps normal... je reste calme.... Puis j'essaye de ....hum... j'essaye d'être apaisant...j'essaye toujours de prendre un ton calme et rassurant...en fait, j'essaye de le rassurer de par...j'essaye d'être confiant, d'être calme puis d'être ... t'sais, savoir où je m'en vais, j'essaye dans le fond de leur transmettre cette sécurité là

D : peut-être que dans sa tête elle s'est dit pourquoi j'ai commencé cette démarche là, dans le fond !

M : ok

D : je pense qu'elle sentait que ça la rattrapait! C'est ça peut être un peu plus insécure dans ces moments là... mais c'est des fins renards, ils finissent toujours par changer de sujet ou par ...ou mettre, t'sais, se positionner selon leur avantage... ils réussissent toujours...à .... C'est ça, à changer la...la discussion, le feeling du moment pour le remettre à leur avantage. Donc, elle réussissait quand même, à, à le faire, là... c'est ça

M : hum

D : elle niait tout ce qu'on lui disait, évidemment! Puis je parlais de la consommation d'alcool et c'était autre chose... t'sais...

D : tu sais, la cuisine était refaite à neuf, tout ça, c'est tout des éléments nous quand on est dans une homologation de mandat et que tout est dans le rouge, tu sais, tu fais des associations

M : hum, hum

D : dans ton environnement physique, là...

quand tu rentres ... c'est quoi???

D : pas nécessairement quand je rentre ... tu sais, ... premier coup d'œil... tu as toujours une première impression, sur ... la personne ou sur le milieu, mais en cours d'entrevue, tss, je regarde tout le temps...heu... l'ensemble de l'environnement... tu sais, je vais chercher des indices, je vais chercher des choses qui vont me pister dans mes interventions ...

#### entretien explicitation Dominique **INTENTIONNEL buts et sous-but, finalités, intentions, motifs**

D : cette rencontre-là, le but c'est pas de confronter nécessairement l'épouse, c'est recueillir les informations nécessaires pour l'évaluation. donc ça c'est fait dans un autre temps. t'sais, je recevais plus dans cette rencontre là que de faire de l'intervention concrètes. Donc je recevais plus de l'information, c'est justement juger de la dynamique d'un couple d'une aidante envers la personne malade...

D : posé et puis que je savais où je m'en allais donc ça leur donnait confiance, t'sais ? donc, je pense que ces des



atouts que j'ai, que j'utilise en intervention surtout dans les contextes où ça se détériore, t'sais, j'essaye de prendre un ton où je vais amener la, t'sais, à un changement d'ambiance...t'sais calmer la , calmer le jeu , j'essaye de

D : je reste centré sur mon rôle aussi t'sais, mon rôle, c'est de protéger l'usager... donc là, j'avais pleins d'indices qui me disaient que, là, ça allait plus loin qu'une homologation de mandat ce dossier-là, et en effet. Donc tu sais, là moi mon rôle c'est toujours de dire, moi, mon rôle c'est de maintenant protéger Monsieur. Moi, maintenant,... c'est ça... comment je vais m'y prendre...tu as pas tout le temps des réponses à ces questions-là, mais tu sais que, ça, là, il faut pas que tu perdes le rôle ... toi, c'est l'usager et il faut que tu le protèges, t'sais ?

M : ça veut dire que quand tu rentres, tu pousses la porte et tu as tout ça qui t'arrive

D : hum, hum

M : comme information... tu en es conscient de cette recherche d'informations ?

D : oui, hum, hum

M : ça veut dire que tu furettes...

D : oui, je le fais d'emblée... dans chaque dossier

entretien explicitation Dominique **JUGEMENTS évaluations subjectives opinions, commentaires croyances**

D : Je sentais dans le non verbal, je sentais, un malaise chez madame. Je sentais, heu... c'est dur à mettre des mots pour dire d'où vient l'impression mais, tu sais, il y avait quelque chose qui était pas dit. Ça se sentait qu'il y avait quelque chose de non-dit, de non exprimé

D : Il y avait une lourdeur d'ambiance, il y avait...

M : c'est quoi la lourdeur d'Ambiance?

D : c'est pas évident à expliquer mais tu sais, pff dans les interrelations autant que Mme avec son conjoint que madame avec sa fille, je sentais , je percevais que Mme se sentait souvent attaquée même si on l'attaquait pas...donc, elle devait, se, se justifier, elle devait... tu sais, on voyait, elle essayer de se protéger là-dedans...tout en tss...en se positionnant comme victime,

D : C'est des gestes, je me souviens pas exactement quels gestes mais le non verbal paraît beaucoup, son positionnement...

D : elle était, je vais dire,... tss, son positionnement... la manière d'être...d'être agitée sur sa chaise...

D : ouais...l'expression de son, de son,...de son facies ... ben t'sais des regards d'incompréhension, des regards de victimisation

D : des regards...des regards d'interrogations comme si on disait des choses complètement, t'sais, déconnectées de la réalité

D : sa mère, elle reste froide ! Puis ; t'sais... Hum...Pff.... Tu le vois dans son regard....qui y a quelque chose qui... qui y a quelque chose qui.... Qui ne fonctionne pas bien...on voit qui a besoin d'aide ! On voit ! Puis je lui ai déjà verbalisé, on voit que

M : c'est quoi ces yeux... c'est le chevreuil pris dans les phares de la voiture ? C'est quoi le regard que tu... ?

D : ... ( 8 secondes)... c'est difficile à mettre des mots ...hum ( 6 secondes), d'habitude je dis ça, c'est un regard de santé mentale... c'est pas ... ça explique pas grand-chose, mais , c'est ...c'est un regard ( 4 secondes ° c'est un regard qui est parfois vide, parfois y ( 6secondes) t'sais, on dirait qu'il y a plein d'incompréhension ... plein de ... (4 secondes) ...tu sais , quelqu'un qui est , qui, qui, qui est désemparé... face à une situation ...y va comme... comme perdre ses points de repères... c'est comme ...tu sais.... C'est ... ça les dépasse

M : c'est des yeux qui s'ouvrent plus grands ?? C'est ... une pupille qui se dilate ??... c'est ... ??

D ::...ouais... (Rire°...) c'est ....

M : parce que si tu arrives à dire « j'ai l'habitude de dire que c'est un regard de santé mentale » ça veut dire que tu reconnais les mêmes... les mêmes images....

D : mais tu sais parfois fuyant... tu sais, je pourrais pas dire si les pupilles dilatent ou pas, là, je ne suis pas à ce

point-là... mais, c'est plus vide de sens, t'sais, c'est comme, ...tss.... oui... c'est comme si rien est important, c'est comme si il y a rien qui est grave, t'sais ?... que...

M : la fille, son regard, il pleure, si tu fais le parallèle

D : ... (Rire) il pleure, oui, mais tu vois qu'il est préoccupé... que pour elle ça l'attache de l'importance à ce qu'il arrive à son beau-père... tu vois de la terreur, de l'anxiété, tu vois qu'il y a quelque chose tu sais dans son regard d'expressif

M : Est-ce qu'on peut faire le même exercice avec le regard de la fille... tu as le regard fuyant de la mère qui est un peu pas là, qui se rend pas compte de ce qui se passe

D : t'sais, le regard de la fille, c'est, qui regarde un peu partout, à la recherche de solutions, à la recherche de... de... tu sais, tu voyais que ... inquiète

M : un regard inquiet?

D : un mélange d'incompréhension et d'inquiétude, puis, de, de... d'appel à l'aide...de, de t'sais, tu voyais que... je dirais sérieux, là, mais...

M : c'est un regard qui essaye de capter le tien de regard qui essaye de t'accrocher ?

D : oui, oui...oui, c'est un appel à l'aide qu'elle lance avec les yeux, c'est quasiment ça, c'est intense... là, t'sais ? Tout le contraire de sa mère

M : il y en a une qui fuit ton regard et l'autre qui le capte ?

D : oui!...

M : est-ce que c'est ça?

D : oui... Fuie mon regard...oui, parfois mais aussi... c'est comme si...tu sais...une expression de déresponsabilisation, tu sais que.... « On n'a pas rapport »... on ne connaît pas ça, t'sais...c'est comme un genre...

M : hum?

D : (silence 5 seconde) ° oui... «Tu ne vas pas me dire » un peu ...Oui... t'sais, des fois elle fuyait...Mais, mais des fois, elle attaquait aussi...

M : elle t'a confronté?

D : non, mais des fois elle, elle tentait de faire passer son point de vue, tu sais, sans confronter, elle était plus sévère du regard. Des fois elle fuyait, mais... c'était changeant...

M : ...son regard a essayé plusieurs registres? c'est ça que tu me dis?

D : Oui...oui...

M : et ces différents registres, ils servaient à quoi à ton avis ?

D : à manipuler à mon avis, à arriver à ses fins. À ce moment-là, si on se rapporte à ce moment elle, elle voulait être mandataire et je gênais ça. En fait, elle voulait avoir le pouvoir dans la situation

D : je voyais ... les regards « voyons de quoi tu parles ? »

M : [commente l'attitude de P] là tu fais une moue et tu recules la tête

D : une expression...( 3 secondes ) comme si on lui parlait de quelque chose ... insensé ou inconnu, fait que... il y a eu beaucoup de ça, des négations ..., t'sais, dénie de situation... un petit rictus qui fait qu'on n'est pas en train de... parler de la bonne affaire ou... c'est pas ça ce qu'on est en train de ...

M : de quoi tu te mêles?

D : ça finit pas être ça...

D : 4secondes) tu sais on parle beaucoup du regard mais le regard vient avec le facies, l'expression du visage, vient avec M : c'est ?

D : c'est, c'est, c'est interrelié ; il y a pas juste le regard qui me disais ça, mais tu sais, l'expression, en général...là...

M : que tu qualifies de ?... (3 secondes) comme expression?

D : (...) je suis pas capable de mettre des mots.

D : je dirai pas colère... je dirai... que la fille était, elle était.... T'sais ça dépasse l'entendement là... elle me la verbalisé plusieurs fois par la suite, c'est comme un enfant dont on prend soin depuis longtemps...c'est comme... de l'incompréhension, tu peux pas concevoir que quelqu'un puisse réfléchir comme ça, tu sais c'est pas de l'épuisement ...c'est ...déconcertée, elle comprend pas ...heu...comment sa mère raisonne...je dirais....

D : c'est assez clair dans ma tête, mais c'est ...ça se réfère à mon système de valeur...tu sais, tu peux pas

concevoir...tu peux pas ...faire confiance à quelqu'un qui est pas en mesure de percevoir les besoins d'une personne malade. T'sais... pour elle c'était complètement, t'sais, elle pouvait pas, t'sais, elle était pas en mesure de prendre soin de M et elle l'exprimait à travers se incohérence,

D : je pense aussi que la fille se retenait de dire ce qu'elle avait à dire et même Mme, elle se retenait de ce qu'elle avait à me dire

avec tes deux interlocutrices... qui en fait confirment... les éléments que tu retrouves d'un côté ou d'un autre...en terme de langage articulé, en attitude... est ce que tu confirmes que c'est le moment où tu te dis...hop, hop, hop, ...ça va pas....

D :oui, c'est le moment où je me rends compte que ça va me demander plus de temps ... pour me faire une opinion, j'avais d'autres éléments à aller chercher pour me faire une bonne opinion

M : parce que tu avais deux interlocutrices en face de toi, une te dis blanc et l'autre noir... à laquelle tu donnes ton crédit ?

D : hum, hum

M : et sur quelle base... c'est le non verbal...

D : oui,

M : qui fait la différence

D : oui... (2 seconds) ça va loin, le non verbal...le, ton, la voix, les mots employés... le ... tu sais c'est toutes des choses auxquelles il faut que tu portes attention...

M : hum, hum

D : tu sais... les actions ... et les non actions, les gens autour...lui.... Qui est dit, comment c'est dit... les idées véhiculées... comment c'est ... comment les gens interprètent ce qu'on leur dit... t'sais, on n'a pas le choix,... on en tire des conclusions....

#### entretien d'explicitation Dominique **digression importante et pertinente pour l'explicitation :**

M : chez le Monsieur qui a 53 ans [nous avons effectué la première visite ensemble] et qui est atteint d'Alzheimer, c'est quoi que tu as regardé ?

D : (silence 5 secondes)

M : c'est quoi que ton regard a accroché?

D : dans la maison? (4 secondes) heu...(4 secondes), ben , t'sais, c'est sûr que les différents trous dans les murs , ....chez.... sont... venus me donner des informations sur les... priorités du couple... actuellement, t'sais, exemple... heu, t'sais, où était la médication, ...heu, t'sais, ça traînait pas ...de tous les bords... t'sais, ça traînait pas nulle part,... c'était , c'était, c'était bien rangé, t'sais c'est des informations qui faut que je remarque ( 4 secondes), t'sais, c'est niaisieux mais il a ... un plat de fruits, ...frais... tu sais parce que je voyais que c'était tout propre tout bien rangé, t'sais, je voyais que c'était un couple fier... donc tu sais , c'est tout des indices qui

M : et ça fait partie, par exemple d'un décodage d'un couple soigné ou d'une dame qui est hyper active sur le ménage ?

D : un peu des deux, la, je pense, tu vois où sont les valeurs du couple...

M : c'est quoi le bon, le bon...heu, la bonne moyenne ?

D : (3 secondes) qu'est-ce que tu veux dire, la bonne moyenne ?

M :..Ben... est ce que c'est une dame qui tient bien sa maison ou est-ce que c'est une hyperactive du ménage ? (trois secondes), quand est-ce que... qu'est ce qui ferait qu'elle basculerait d'un côté ou d'un autre ?

D : ben, j'ai l'impression que c'est des valeurs culturelles... dans ce cas, là, là, tu sais, dans le fond... d'être fier. C'est quand même un couple qui est fier. Heu (6 secondes) tu sais, c'est sûr, que je ...je suis biaisé parce que je la connais la Madame, je sais c'est quoi sa profession, tu sais, je sais que....

M : ça va avoir un impact?

D : (six seconds) oui!, (deux seconds) oui

M : elle part avec un bonus positif?

D : (deux secondes) oui, parce que oui, parce que je l'ai déjà vu prendre soin d'autres usagers que moi j'avais amené à cette résidence, donc oui. Euh... je connaissais déjà un petit peu la personne avec sa façon d'être, avec les usagers. C'est sûr que ça m'amène une source d'informations aussi. Tu sais, son ménage (deux secondes) tu sais, le fait qu'elle , qu'elle, qu'elle soit préposée, ben c'est sûr que je sais qu'elle en fait beaucoup dans une journée du ménage, dans la résidence... donc ça me donne une autre piste potentielle d'intervention , tu sais, par ce que là, on est dans l'épuisement, donc tu sais ...si tout est tout le temps clean, ici, ben fait qu'elle s'en met beaucoup. Ça

peut être une piste de solution,  
M : Ça peut être une piste de solution...  
D : d'emblée, tu sais que, bon... en fait c'est une gestion de priorité, t'sais ? Donc c'est un autre point t'sais, c'est une autre piste de solution. Ça peut être une piste de solution, t'sais, à un moment il faut laisser aller certaines choses pour prendre soin de son mari ... et mettre ses priorités à de meilleures places  
M : hum  
D : qu'un environnement toujours propre ? C'est sûr ce ça vient te  
M : hum  
D : c'est ça, ça vient donner des, des, des ... armes, des pistes de solution éventuelles, ou c'est ça, des aspects... à travailler (deux secondes) c'est sûr que je te dirai que ça a pas été... on balaye l'environnement des yeux quand on est plus dans une situation précaire que ça, tu sais  
M : alors qu'ils sont précaires...  
D : ils sont précaires... Mais... Tout est sous contrôle quand même, tu sais, si je me présente (4 secondes) comme « la gymnaste », ok, je fais vraiment plus balayer l'ensemble de l'appartement du regard par ce que là, il y a beaucoup plus de précarité dans mon avis... fait que ...  
M : tu cherches  
D : oui, oui, je, je vais aller chercher la, bouffe, brûlée sur le poêle, je vais aller chercher...  
M : tu vas chercher la confirmation...  
D : c'est ça..., tu sais, je vais ouvrir le frigidaire ce que j'ai pas fait chez ce couple là... parce que c'était pas nécessaire  
M : parce que... le panier de fruits a suffi...  
D : ben, en fait... Je faisais confiance à mon interlocuteur, t'sais... Je pouvais m'y fier, en fait... A mon avis...  
M : donc chez la Gymnaste...  
D : c'est ça, je pouvais pas me fier à Mme la Gymnaste  
M : elle était fatiguée...  
D : elle est fatiguée Mme la Gymnaste, c'est ça (sourire). Tu sais, on le fait plus dans les ... situations où ça l'exige... (3 secondes) ce couple-là, je l'ai fait... mais tant que ça, mais tu sais, c'est sûr que... ce que je, je voyais de l'environnement ça faisait sens avec ce que ... je connaissais de la Dame  
M : avec ce que tu connaissais... ok...

entretien d'explicitation Dominique **DECLARATIF**

entretien d'explicitation Dominique **savoirs théoriques**

D : Mylène, selon les informations, s'était pas lavé depuis un certain temps... tu sais, Madame pour elle, elle exprimait qu'elle était pas capable ... de convaincre M d'aller au bain, t'sais, ... que dans le fond, c'était pas si grave, t'sais, il fallait le respecter dans la maladie, tout ça... la fille, mais la fille, elle s'est mis, elle s'est mis à gigoter et elle a dit « ben voyons! Faut, faut, faut, faut l'obliger à se laver »

D : elle était pas en mesure de prendre soin de M et elle l'exprimait à travers sa incohérence, et puis ses incompréhensions de la maladie. ... puis les interactions avec la fille, quand elles se confrontaient, l'une et l'autre... tu voyais très bien que Mme était pas en mesure... de ... toute en possession des éléments pour bien gérer la situation

D : mais c'est sûr que c'était... il y avait pas de lien de confiance établi ni avec la fille ni avec la mère... les deux...

D : t'sais, oui, elle la connaît sa mère, oui il y a des larmes qui ont coulé... mais, t'sais, c'est quand même fait devant un étranger, un psychosociaux...

D : il m'a pas semblé si préoccupé que ça dans ...

M : il était déjà peut être dans son monde ... du fait de la maladie ?

D : mais tu sais, du fait aussi que ça allait tellement vite, qu'il suivait pas, qu'il était pas capable de suivre verbalement, il y avait trop de mots à la seconde

D : ben, toute tes connaissances au niveau de ta pratique, il faut que ce soit tellement bien intégré, que tu y penses pas, que ça vient d'emblée...que ça fasse partie de toi que ce soit...PH : puis après ça, tu te concentre sur ta gestion de tes émotions ...la gestion...des situations qui t'arrivent...tu sais ?

M : hum

D : je fais référence à ton acquis, ton acquis, ( 3 secondes) ton savoir...puis ton savoir-faire pour...pour que tu puisses...mettre...mettre ton énergie sur le savoir être... je le vois comme ça...mais...faut...faut que tu paraisses assez...assez confiants tu sais ...puis en même temps quand tu es dans des situations ...comme ça...d'homologation...ou d'abus...ou...qu'importe... à ...tu sais, si tu es pas solide, là... ! Les, les, les...manipulateurs, ils vont, te, te, te, ...détecter ...

M : ils te mangent tout cru?

D : c'est ça... il faut que tu sois capable...De ...il faut que tu montres, que tu saches où tu t'en vas...qu'ils t'aurent pas...c'est mon point de vue

#### Entretien d'explicitation Dominique savoirs procéduraux formalisés: consignes

D : j'ai pas la même lecture de la situation [que la fille en début de dossier]

D : j'avais moins de chose...au moment de l'entretue

D : t'sais, on était vraiment dans les débuts des dossiers,

D : il y a eu des discussions où là j'ai dû recadrer d'une manière plus ferme la discussion ...la... mais t'sais, les attentes envers l'usager. C'est sûr qu'il y a eu des rencontres qui se sont MAL passées avec cette dame là... par la suite. Même après ces discussions plus houleuses...t'sais, j'ai quand même revenu...ce que je veux dire c'est que je lui réponds à chaque fois. Je prends quand même le temps à chaque fois d'écouter ce qu'elle a à dire et d'essayer de la diriger la dedans,

D : je pense que c'est avec ça que tu fini par, malheureusement mettre des étiquettes sur les gens

M : on te le demande.... Dans le mandat d'inaptitude on te le demande

D : c'est ça...

M : si le mandataire est apte ou pas...

D :: c'est ça...

M : on te demande ton opinion, ton jugement professionnel

D : c'est ça

M : on voit que le jugement professionnel, il se construit dans la situation

D :: ... tu veux dire pendant l'intervention?

M : oui...

D : (3 secondes) oui, (deux seconds) oui. C'est ça. En fait, c'est ça... tu as plusieurs sources de, d'informations, t'sais, à laquelle tu accordes, puis dans une... démarche... d'homologation du mandat, c'est sur qu'il faut que tu prennes ton temps (3 secondes), il faut être sur des choses. Des fois, ça prend du temps pour les..., pour valider toutes les informations que tu as des différentes sources.

D : je pense qu'il faut bien se connaitre, il faut bien maitriser le savoir qui est, par l'intervention qu'on est en train de faire

M : c'est quoi le savoir

D :: tu sais, tous les ... on parlait de mandat en cas d'inaptitude

M : oui

D : c'est, c'est bien que tu maitrises ton outil d'évaluation, que tu maitrise le processus, que tu maitrises... ton rôle dans le processus...tu sais, le savoir que tu as besoin dans le fond pour faire de l'intervention. mais il faut que tu te fasses confiance... il faut...que tu...tss, ...il faut que tu...tss... j'aurai envie de dire ...paraisse solide, en maitrise de toi puis de tes connaissances , tu sais... pour que tu puis...tss... pff, comment je pourrais dire...han... j'ai une comparaison niaiseuse... mais... quand on joue de la musique et qu'on chante et qu'on joue de la guitare en même temps...t'sais...à un moment donné... il faut tellement que ta guitare soit intégrée que tu y penses plus...t'sais...pour penser juste au chant, t'sais... c'est un peu la même chose...

entretien d'explicitation Dominique savoirs réglementaires

D : tu sais, quand tu fais l'évaluation, c'est pas le moment de recadrer des affaires et d'exposer tes constats...tu es là pour saisir, évaluer, t'sais parce qu'il faut que tu te prononces pour sa nomination, elle est en évaluation aussi...même si elle le sait pas réellement.

D : je me recentre sur la tâche, aussi,

M : ça veut dire que ?...

D : ça veut dire les raisons de ma présence, les raisons de mon service, des fois quand ça devient, quand ça déborde, les surcharges d'émotions ou ça devient contrôlable, on revient sur les raisons, pourquoi on vient là, les raisons, il faut du recadrage...

entretien d'explicitation Dominique savoirs pratiques

M : est-ce qu'elle t'est sympathique?...au premier abord....?

D : ...oui, jusqu'à temps qu'elle se rend compte que sa manipulation fonctionnait pas ...je dirais... alors oui, il y a eu un changement d'état lors de cette rencontre-là.

D : c'est jamais sa faute, on la comprend pas dans ce qu'elle vit...que...si on serait à sa place on ferait pareil...c'est comme... elle se déresponsabilise, elle veut qu'on la prenne en pitié, elle souhaite qu'on...c'est ça...qu'on la comprenne...qu'on acquiesce à ce qu'elle demande à ce qu'elle dit

M : quand tu es face à une personne comme ça qui recadre sa mère, se met à pleurer, être très émotive, comment, comment tu deals avec ça?

D : ...silence ça dépend de la situation, ça dépend de la personne, ça dépend je suis rendu où dans mon intervention et dans mon lien significatif ...ben, j'essaye toujours de...dédratiser la situation...c'est sur qu'il y a plein de situations qui me viennent en tête là...

M : mais dans celle-là?

D : dans celle-là, j'ai rien fait, je l'ai laissé gérer son émotion...

D : C'est sûr que, la rencontre était chargée d'émotions. Ce n'était pas nécessairement tout verbalisé

D : à ce moment-là, je me souviens pas d'avoir fait des interactions, peut être que j'en aie fait, je m'en souviens pas exactement. Mais si j'en ai fait c'est plus pour détendre l'atmosphère que je trouvais trop lourde pour la poursuite de l'évaluation, essayer de dédratiser, de mettre ces éléments-là de côté, pour poursuivre...

D : quand, quand, quand ça dégénère, j'essaye toujours de... de tempérer on me l'a dit souvent, les familles me l'ont dit souvent que j'étais ....t'sais, que j'étais posé et puis que je savais où je m'en allais donc ça leur donnait confiance, t'sais ?

D : une fois que l'émotion est passée...en tout cas... je peux...tss...

M : la tienne ou celle de l'utilisateur ?

D : celle de l'utilisateur ! Celle de l'utilisateur ! Je suis quand même en contrôle de mes émotions, en tout cas, je pense ! Écoutes, je me vois pas ... mon non verbal... mais je pense que ... je pense que je contrôle quand même bien mes...mes...mes émotions intérieures, mes sentiments, comment je me sens comme intervenant dans les situations... je pense que ça reste bien caché... je pense... mais

D : on parle de la fille?

M : oui

D : (5 secondes) je savais, c'était clair pour moi qu'elle avait besoin d'en dire plus ... c'était évident

M : il y avait du sous texte?

D : il y avait du sous texte !...oh, OUI... donc ; ...heu (6 secondes) oui, c'est ça, c'est, c'est, du... c'est beaucoup

de non verbal, ...de...de d'intuitions, d'impressions... c'est difficile à nommer ces choses-là... Je pense que ça vient... avec l'expérience .... Avec que... c'est ça... il faut que tu en vois des situations comme ça ...il faut que tu en vois de ce genre de personne là pour... être en mesure de mieux les repérer par la suite...c'est sûr qu'on peut toujours se tromper

M : hum

D : mais, (2 secondes) mais c'est ça ...j'ai, j'ai...en tout cas...faut pas tirer trop vite nos conclusions non plus mais il faut se préoccuper de ces impressions là

M : hum, hum

D : il faut s'écouter, il faut se faire confiance aussi, puis...quand tu sens quelque chose...que ça va pas bien...il faut que tu approfondisses ça ... il faut que tu le décortiques, ...il faut que tu ailles chercher...

M : c'est quoi ...

D : il ne faut pas que tu te bâtisses...des ...des...des conclusions trop hâtives, avec, juste avec ça, non plus mais il faut que tu approfondisses avant de pouvoir juger comme il faut ...

M : hum, hum

D ::... une personne ou une situation, t'sais... mais quand t'es en entrevue et tu te dis « voyons, il y a quelque chose qui fonctionne pas » ...il faut que tu pousses d'avantage ta réflexion, ton raisonnement ...tes...

M : ça se fait en même temps ?

D : ça dépend, ça dépend... (2 secondes) des fois, je pense que c'est propice à...tu nommes ton impression et puis te le valide avec l'usager ou avec l'aidant, t'sais, ... d'autres contextes, non, c'est, ce n'est pas ...c'est pas une bonne idée... ça, ça dépend. (3 secondes)... ça dépend !

M : hum

D : t'sais, des fois quand je veux faire passer un message, ben, je vais, je vais, je vais utiliser... je vais l'utiliser en entrevue, (3 secondes) « est ce que je me trompe ou, je sens telle affaire »...t'sais ?

M : ok

D : et ... puis tu sais, pour que, qui soient plus attentifs sur ce que je vais leur dire ou ...ce que je vais leur amener, t'sais,...

M : hum

D : ça dépend, ça dépend du contexte... mais oui.... Ça m'arrive d'exprimer ... concrètement mon impression en entrevue, t'sais, on l'aurait rencontrée seule ...et ça se serait passé autrement

M : personne ne t'aurait donné le regard...

D : oui...beaucoup moins d'indices...sur son inadéquation...je m'en serais aperçu...bon, les finances auraient parlé d'elles-mêmes ! ...je l'aurai questionnée d'avantage à être seul avec ... »comment ça se fait que on est arrivé là »... mais...s'il y avait pas eu toute cette situation non, verbale là ;...toutes ces tensions là...c'est ... (4 secondes)

M : ça serait passé ....ça aurait été moins rapidement au dossier...

D : oui, c'est ça...mais ça serait venu quand même au bout de la ligne

#### entretien d'explicitation Dominique déroulement des actions élémentaires

M : si on en revient à ce moment-là, cette scène si on reprend comme un scénario, cette scène elle se passe où?

D : dans la cuisine de la maison. D'un côté de la table il y a la madame, qui est l'épouse du Monsieur qui lui est tout au bout de la table

M : oui

D : à ma droite et la fille de Mme qui est à côté de sa mère est en face de moi

M : donc le Monsieur, est ce qu'on peut dire qu'il est un peu à l'écart?

D : non! La distance est la même mais, lui, par contre il est vraiment au bout de la table

M : tu as deux personnes en face de toi, Monsieur est en bout de table, donc, ton interaction elle est

D : en face

M : qu'est-ce que tu fais pour signifier que tu vas être le soutien de la fille? Parce que, j'imagine que c'est dans c'est moment-là que ça se joue aussi?

D : il me semble, de mémoire, que je me suis plus concentré sur ce que l'épouse me donnait comme information,

D : j'ai même pas eu le temps de revenir au bureau que j'avais déjà des appels, de... des personnes présentes

M : comment ça se traduit dans l'intervention, dans l'activité, comment ça se traduit ce changement de statut vis à vis de ton interlocuteur qui d'interlocuteur source d'information devient interlocuteur qu'on suspecte d'être inadéquate?

D : quand je lui parle, quand je lui parle, je vais moins...tenir compte de ce qu'elle me dit pour la poursuite du dossier, tu sais, elle est comme étiquetée en fait

D : J'essayais de diriger mon entrevue pour avoir tous les informations dont j'avais besoin

M : d'un coin de l'œil tu as Monsieur qui est en bout de table...il fait quoi Monsieur ?

D : le regard vide, absence. ...quand on s'adressait à lui, il comprenait pas ce qui se passait, alors il fallait lui expliquer

D : des fois je suis directif... donc, plus, bon, ben, on va...

M : c'est à dire ?

D : que j'exprime un petit peu.... Mes attentes, dans le fond

M : tu veux de la collaboration?... tu l'énonces ?

D : oui, je peux le nommer... t'sais,

M : ça a duré combien de temps

D : Tss; Tss; Tss; Tss.... Je dirais ...heu...2 heures ??

M : ok

D : : deux heures...

M : et le moment où tu te rends compte que Mme est inadéquate c'est au début des deux heures ?

D : (trois secondes) quand même assez rapidement,... quand même assez rapidement... pas qu'elle est inadéquate ... c'est plutôt ma conclusion finale, mais que...des choses qui marchaient pas là...

M : ...le doute...

D : oui, les doutes, ...les impressions à valider... tu sais, je... c'est arrivé assez vite là... c'est arrivé assez vite...



## Annexe 16 : Exploitation des informations sur les participants

	diplôme	SAD	formation	cours géronto	domaines expérimentés
Charlie	2006	2010 Moi ça fait 5 ans que je suis là	UQO	optionnel pas pris  « ce n'était pas quelque chose qui m'intéressait... en 2006, si on avait discuté là M : ... et si je t'avais dit, dans 5 ans tu seras en soutien à domicile... A : je t'aurai dit « non! Ce n'est pas possible » ! »	« pendant ma formation, je travaillais pour deux organismes communautaires »  « embauchée par le conseil des nations Atikamekw, j'ai fait ça 6 mois, ensuite j'ai été embauchée au centre de santé de X, j'ai fait l'enfance, puis la petite enfance de 0 à 5 ans puis 13 ans, je dirais... puis je suis partie en voyage une année, j'ai travaillé à info sociale aussi, j'ai fait de la garde 24/7... »
Dominique	2005	2007	LAVAL	« M : tu as eu des cours en géronto ? P : Un, je pense au travers de mon bac »	« j'ai travaillé dans cet organisme [communautaire] pendant deux années en délinquance puis par la suite, j'ai quitté pour rentrer au CLSC »  ensuite j'ai fait l'équipe de déficience physique, 0 -100 ans pendant 6 à 8 mois,
Élie	2005	2006	LAVAL	« j'ai pas fait la gérontologie, j'aurai pu faire un cours à option, il y a des gens qui le faisaient »	« j'ai fini le bac, je suis parti une année, pour, j'ai fait d'autres choses. mes deux premières années j'étais aux RNI pendant 3 ans, des lits post hospitalier »  « depuis 9 ans que je suis là-dedans, au niveau des personnes âgées »
Sacha	2007	2007	SHER	optionnel pas pris	1 mois centre jeunesse (4 ans SAD ailleurs)
Claude	2005	2007	LAVAL	1 optionnel pris  « les troubles cognitifs. J'étais très intriguée par tout ça. J'ai fait beaucoup de travaux au CEGEP là-dessus »  « puis pendant mon bac je cherchais tous les cours qui avaient un lien...je n'étais pas intéressée du tout par la jeunesse ni aucune autre clientèle. Je faisais mon bac QUE... M : donc tu as fait tous les cours en lien avec la personne âgée G : oui que je pouvais faire en lien... il y en avait pas	(2 ans RI)

				<p>assez quant à moi...s'il y avait pas eu la personne âgée je n'aurai pas fait une travailleuse sociale! »</p> <p>« Mais quand tu es intéressée par le vieillissement et qu'il y a 1 cours sur 90 crédits qui traite de ça c'est ...mon dieu!! »</p>	
Camille	1988	1995	non précisé	<p>« Sur 40 étudiants, on était 4, dont moi qui avions une prévalence pour la personne âgée M : est ce qu'il y avait des cours qui étaient offerts ? PB : non, non, vraiment très généralistes, je me suis développée une expertise au fil des ans »</p>	<p>« 2 ou 3 ans en déficience physique, auprès de la personne handicapée et j'ai fait au début de ma carrière un tour en service de santé mentale. J'ai fait DPJ et psychiatrie en région éloignée, en psychiatrie hospitalière interne et externe »</p> <p>« j'aurai pu aller ailleurs, j'ai fait jeunesse... santé mentale... communautaire aussi au niveau de la violence conjugale... j'étais intervenante désignée en violence conjugale... »</p>

## Annexe 17 : Synthèse des collectes de matériaux

	Sacha	Dominique	Charly	Élie	Claude	Camille	Total
Observations	18 h	30 h	30 h	30 h	18 h	24 h	150 h
ENTRETIENS INDIVIDUELS							
Contexte de pratique	81 min	101 min	81 min	62 min	70 min	80 min	475 min
Récit de pratique	60 min	80 min	75 min	82 min	60 min	90 min	447 min
Explicitation	64 min	65 min	45 min	90 min	60 min	83 min	407 min
total entretiens individuels	3 h 20	4 h 06	3h 21	4 h	3h 10	4 h 13	22 h 15
ENTRETIENS COLLECTIFS							
Auto.confr. croisée	60 min		60 min		60 min		5 h 30
Groupe de dis. TS	60 min						
Groupe de disc. Enseig.	90 min						
Total entretiens ind + coll	27 h 45						