

Le magazine des psychoéducateurs

MARS 2014

LA PRATIQUE

en mouvement NUMÉRO 7

Une pratique RÉFLÉCHIE BELGÈCHE

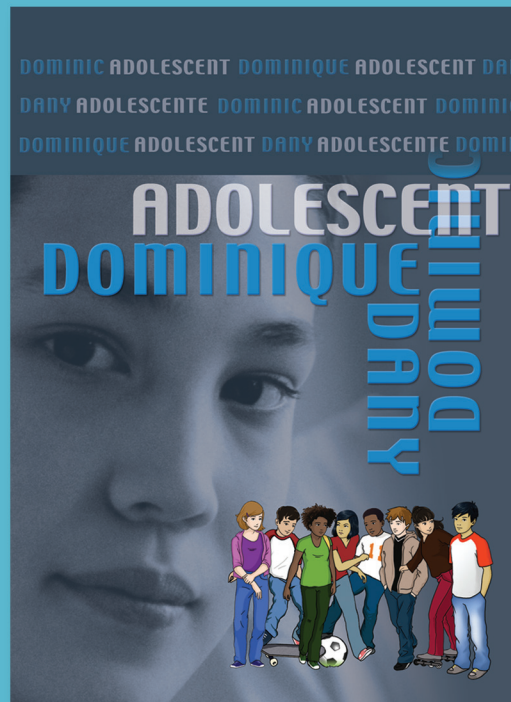
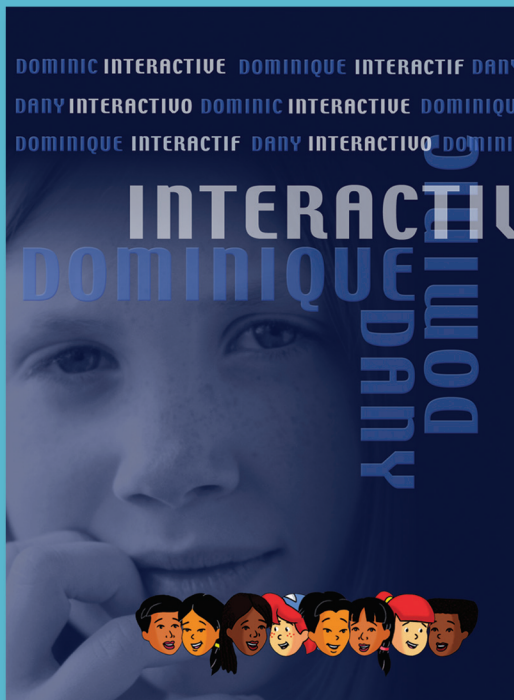


ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

www.ordrepsed.qc.ca

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

- en interaction directe avec le jeune
- qui sollicite de multiples localisations cérébrales
- qui donne accès à l'univers des jeunes
- qui fournit un profil basé sur le DSM-IV
- entièrement développé et validé au Québec

Le test comprend :

- le programme sur CD-ROM ou internet
- des passations sur clé USB ou internet

Nous recyclons !

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

TÉLÉPHONE : 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR : 514 482-0806

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM

La pratique en mouvement

Le magazine *La pratique en mouvement* est publié deux fois par année, au printemps et à l'automne, par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Tiré à 4800 exemplaires, il se veut un véhicule unique de transmission des pratiques professionnelles québécoises en psychoéducation. Il est structuré autour d'un grand dossier thématique et est destiné aux membres de l'Ordre, aux étudiants, aux professeurs ainsi qu'à toute personne ou groupe intéressé.

Coordination du magazine

Jaëlle Héroux, M.A.

Coordination du dossier

Dominique Trudel, Ph. D., ps.éd.

Comité du dossier

Anick Bayard, ps.éd.

Jonathan Bluteau, ps.éd. (responsable du dossier)

Caroline Deshaies, ps.éd.

Suzanne Larose, ps.éd.

Mise en page

Richard Carreau

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le but d'alléger le texte. Tous les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que les auteurs. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014; Bibliothèque nationale du Canada : ISSN 1925-2463. Convention de la Poste-Publications # 42126526. Retourner toute correspondance non livrable au Canada à :

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

510-1600, boul. Henri-Bourassa O.

Montréal (Québec) Canada H3M 3E2

Tél : 514 333-6601, 1 877 913-6601

www.ordrepsed.qc.ca

Ce périodique est produit sur serveur vocal par :
Audiothèque pour personnes handicapées de
l'imprimé du Québec
Québec : 418 627-8882
Montréal : 514 393-0103



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

Le magazine des psychoéducateurs

LA PRATIQUE

en mouvement

NUMÉRO 7

- 2 **Mot du président**
- 3 **Vie de l'Ordre**
- 5 **Tableau des membres**
- 6 **Dossier**



- 7 ■ Vers l'utilisation de données probantes
- 9 ■ Vers l'utilisation des meilleures pratiques
- 11 ■ Reconnaître ses émotions pour de meilleures pratiques
- 13 ■ Évaluer sa pratique : un exercice stimulant
- 14 ■ Recourir aux données probantes dans l'intervention psychosociale : passage obligé ou effet de mode?
- 16 ■ Le transfert des meilleures pratiques au service de la collectivité
- 18 ■ L'innovation sociale dans la pratique psychoéducative
- 22 **Tiré de notre répertoire**
- 23 **Du côté de la recherche**
- 27 **Pages ouvertes**

Une profession en évolution...

Denis Leclerc, ps.éd.



Depuis mon arrivée à la présidence de l'Ordre, le sujet de l'avenir de notre profession est nécessairement au cœur de mes préoccupations. J'ai été également à même de constater que plusieurs membres partagent, avec moi, ce questionnement. La psychoéducation est encore une jeune profession; elle évolue constamment depuis sa création. Après seulement 14 années à l'intérieur du système

professionnel, elle n'est plus la même qu'en 2000. Le passage à la maîtrise comme diplôme d'accès au titre de psychoéducateur a eu un impact indéniable sur la formation et, par le fait même, sur la manière dont les jeunes psychoéducateurs interviennent. Les différents milieux ont également grandement évolué, sans compter que le projet de loi 21 a apporté d'importants changements dans plusieurs secteurs de pratique et qu'il continuera de le faire.

Ces changements sont déstabilisants et parfois même

plus. Qu'en sera-t-il, dans un tel contexte, de la place du « vécu partagé » qui a longtemps caractérisé la psychoéducation? Je ne pense pas, personnellement, que l'on puisse dire que ce concept disparaîtra, mais comment évoluera-t-il? Quelles seront, dans quelques années, les bases qui nous permettront de décrire le modèle psychoéducatif?

Ces questionnements importants préoccupent inévitablement les formateurs universitaires. Ceux-ci ont pour défi d'intégrer constamment dans leur enseignement les meilleures pratiques issues des données probantes tout en transmettant, du moins en partie, la tradition psychoéducative. Certes, notre profession est jeune, mais elle a déjà son histoire qui doit continuer à éclairer le présent et le futur. Toutefois, les actions et réflexions visant à orienter l'avenir de notre profession ne peuvent et ne doivent pas reposer uniquement sur les épaules des formateurs. Cela interpelle l'ensemble des membres de notre profession.

L'Ordre a toujours entretenu d'excellentes collaborations avec les milieux de formation universitaires et il continuera de le faire. Nous avons été des acteurs importants dans le développement de la profession. De par notre mission de protection du public, nous avons la responsabilité de nous assurer d'un haut niveau de compétence dans la prestation des services psychoéducatifs. Pour ce faire, nous devons donc demeurer attentifs à la qualité de la

« Une profession dynamique doit chercher constamment à évoluer et à s'adapter aux réalités changeantes qui l'entourent. »

dérangeants, mais ils sont également utiles et nécessaires. Nous sommes bien placés, comme professionnels de la relation d'aide, pour savoir à quel point tout changement peut être confrontant pour un individu, qu'il soit l'aidé ou l'aidant. Il en est de même pour les organisations et pourquoi pas pour une profession. À ce propos, on constate, à la lecture du dossier du magazine, que la psychoéducation est elle-même le fruit d'innovations et de remises en question des façons de faire d'une autre époque.

Une profession dynamique doit chercher constamment à évoluer et à s'adapter aux réalités changeantes qui l'entourent. En ce sens, l'apport des chercheurs qui, à partir de données probantes, permettent le développement de meilleures pratiques appuyées par la recherche est essentiel. Toutefois, le développement de ces pratiques exemplaires et prometteuses n'est pas que l'apanage des chercheurs et des universitaires. Il découle souvent d'initiatives de professionnels sur le terrain qui cherchent, eux aussi, à améliorer la qualité et la portée de leurs interventions. On observe d'ailleurs de plus en plus de collaborations entre praticiens et chercheurs; les objectifs des uns et des autres pouvant être atteints avec plus de pertinence lorsqu'ils s'allient de la sorte.

Que nous réserve maintenant l'avenir? L'évaluation continuera à occuper une place centrale dans la pratique des psychoéducateurs. Le rôle-conseil est également appelé à se développer de plus en

formation initiale.

Toutefois, l'avenir de la psychoéducation ne se joue pas uniquement dans le contexte de la formation universitaire. Outre sa mission première de protection du public, l'Ordre s'est doté d'une vision, soit celle d'être la référence en matière d'intervention auprès de la clientèle en difficulté d'adaptation. Il s'agit d'un projet ambitieux qui devra se construire petit à petit. J'ai la conviction que sont présentes, au sein de notre profession, les compétences et expertises qui nous permettront de soutenir une telle ambition. Cela se fait d'ailleurs beaucoup sur le terrain où nombre de psychoéducateurs sont les intervenants centraux lorsqu'il est question de comprendre les difficultés d'adaptation de la clientèle et d'intervenir auprès des personnes en difficulté. Par contre, le positionnement de l'Ordre et de la psychoéducation en général est moins établi, sur la place publique notamment, et c'est le défi qui se présente à nous.

Pour y arriver, je souhaite que l'Ordre soit encore plus qu'il ne l'est actuellement un lieu de convergence de la psychoéducation regroupant formateurs, leaders actuels et leaders historiques. En favorisant les échanges entre ces différents acteurs, l'Ordre pourra devenir un lieu de réflexion et de développement de la profession, favorisant le positionnement de la psychoéducation face aux enjeux sociaux qui nous concernent. C'est le rendez-vous auquel je vous convie au cours des prochaines années. ■

Mot de la directrice générale

Pourquoi diffuser les décisions disciplinaires?

Renée Verville, M.A.P., Adm.A.

En octobre dernier, dans le cadre de la Semaine des professionnels, un panel, qui avait pour titre *L'après-Commission Charbonneau : comment rétablir la confiance de la population à l'endroit de ses institutions publiques, dont les ordres professionnels*, faisait ressortir que les ordres devraient mieux faire connaître les sanctions disciplinaires imposées à leurs membres et ce qui mène les conseils de discipline à prendre de telles décisions, et ce, dans une optique de dissuasion et de transparence.

Nous sommes tenus, par le *Code des professions*, de rendre publiques les décisions du conseil de discipline, à moins qu'une ordonnance de non-divulgaration, de non-diffusion ou de nonaccès à l'égard de certains renseignements n'ait été prononcée. Plusieurs informations concernant le conseil de discipline ont un caractère public, notamment la liste des membres du conseil, le nom du président ainsi que le nom du président substitut. Le rôle d'audience du conseil de discipline est également public et doit être affiché : il doit contenir la liste des prochaines audiences, la nature de la plainte, le nom des parties ainsi que le lieu, la date et l'heure de l'audience.

Toutes les décisions disciplinaires rendues par le conseil de discipline, que le membre concerné soit déclaré coupable ou non d'une infraction et, le cas échéant, le contenu de la sanction, doivent être diffusées. C'est pourquoi vous pouvez trouver toutes les décisions rendues sur le site de l'Ordre, incluant celles prises avant la séparation de l'Ordre. Vous pouvez également retracer toutes les décisions concernant les membres des ordres professionnels sur le site de la Société québécoise d'information juridique, partenaire du ministère de la Justice du Québec, à l'adresse www.jugement.qc.ca.

Lorsqu'un professionnel est radié du tableau de l'Ordre ou que son permis a été suspendu ou encore que son droit d'exercice est limité ou suspendu, le secrétaire de l'Ordre doit faire parvenir la décision à tous les membres. L'avis doit aussi être publié dans un journal distribué dans la région où le professionnel exerce sa profession, et ce, toujours dans une optique d'information, de transparence et d'exemplarité.

Une décision disciplinaire est importante dans la vie d'un professionnel et ne doit pas être prise à la légère. Elle survient après que le syndic ait complété son enquête et qu'il soit d'avis

qu'un psychoéducateur a commis une ou des infractions aux lois et règlements qui encadrent la pratique de la psychoéducation. Lorsque le syndic en arrive à cette conclusion, il dépose une plainte au conseil de discipline. Le psychoéducateur est alors jugé par le conseil qui détermine sa culpabilité sur le ou les chefs d'accusation qui ont été déposés contre lui. Le conseil prend position sur les questions de droits et sur les faits qui lui sont présentés. Le président du conseil de discipline est un avocat qui éclaire les membres du conseil afin que ceux-ci soient en mesure de rendre une décision juste.

Depuis 2000, moment de l'intégration des psychoéducateurs au système professionnel, sept décisions ont été rendues par le conseil de discipline de l'Ordre; ce qui est peu dans le monde professionnel. En ce sens, nous pouvons être fiers des services offerts par les psychoéducateurs. ■

Note de la rédaction

Nous portons à votre attention que le texte intitulé « La biologie du stress comme outil d'intervention : une pratique en émergence », publié en page 17 dans le numéro 5 du magazine, avait deux auteurs, soit :

Pierrich Plusquellec, Ph. D., professeur adjoint, Université de Montréal et **Sophie Massé**, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'expertise | Délinquance et Troubles de comportement, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. La correction a été apportée à la version électronique du magazine sur le site de l'Ordre.

Pratique originale

Veillez prendre note que le comité éditorial du magazine a fait le choix de retirer la rubrique *Pratique originale*, en raison du peu de suggestions d'articles provenant de son lectorat.

Dans votre prochain magazine



Le numéro de l'automne 2014 fera place à l'évaluation psychoéducative dans l'après-projet de loi 21. L'expérience acquise par l'exercice des activités réservées aura amené la mise en place de pratiques renouvelées. À cet effet, l'évaluation psychoéducative est-elle toujours une pratique en développement comme le titrait le magazine *En pratique*, en décembre 2004?

ici NOUS ACCUEILLONS UN ENFANT



Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire
Affilié à
UQAM Université de Montréal

CLINICIENS PROFESSIONNELS RECHERCHÉS

pour agir à titre de familles d'accueil d'enfants de 0 à 5 ans de la région de Montréal, dans une perspective de stabilisation.

514 356-5435

cjm-iu.qc.ca/famille

UNE BOULE DE PAPIER DANS LA GORGE

Une pièce qui parle sans détour de violence et d'intimidation. On y propose des pistes de réflexion sur les manières de prévenir, reconnaître et intervenir.

- Écrite avec l'aide de membres du personnel d'école (psychoéducatrices, directions, personnel enseignant...)
- Avec des exemples réalistes de situations d'intimidation
- Reliée aux attentes de la Loi 56 visant à prévenir et à combattre l'intimidation et la violence à l'école.

Destinée au personnel des écoles, aux parents et aux élèves du primaire (3^e cycle) et du secondaire.



www.pipernispectacles.com/papier

jacques.piperni@bellnet.ca 514.270.4330

PIPERNI
spectacles et vidéos

[...] cette pièce allait beaucoup plus loin que tout ce qui s'est fait jusqu'à maintenant en montrant différents types de situations de violence et en explorant toutes les facettes de l'intimidation.

Josée Ranger, directrice,
École Secondaire Dalbé-Viau CSMB

[...] une grande pièce faite avec un souci profond de bien cerner la réalité de nos jeunes et du personnel dans le milieu scolaire. Le message est fort et clair!

Carlota Santos, agente
sociocommunitaire, PDQ 08

Nous avons été « ébranlés ». Vos comédiens sont extraordinaires...
Maud Innocenti, directrice,
Poly Chanoine-Armand-Racicot, CSDHR

Quel bon investissement !!!

Éric Ste-Marie, directeur adjoint,
École secondaire Patriotes-de-Beauharnois

Bienvenue aux nouveaux membres, depuis le 26 août 2013.

Bachand	Yves	Deslongchamps Allard	Mathieu	Maheu-Houde	Julie
Baril	Patricia	Desrochers-Lamoureux	Joanie	Martel	Tanya
Bastien	Isabelle	Dignard-Mercier	Marie-Claude	Migneault	Claude
Beaulieu	Myriam	Dion	Audrey	Mireault	Sarah
Beaulne	Chantal	Dion	Maggie	Mondor	Gabrielle
Bélangier	Marie-Pier	Dionne	Marie-Pier	Noël	Marie-Josée
Benjamin Boucher	Andréa	Dontigny	Pascale	Normandin	Mélanie
Benoit	Mario	Drolet-Massüe	Laurence	Ouellet	Jean-François
Bergeron D'Amours	Corinne	Dubé	Catherine	Paquette	Alexandra
Bernier	Alexandra	Figues	Lydie	Paquette	Julie
Bernier	Vanessa	Fortin	Karine	Pehlemann	Stéphanie
Bissonnette	Virginie	Fournier	Lina	Pelletier	Fanny
Bois	Vickie	Fréchette	Marilou	Pépin	Isabelle
Boivin-Gauthier	Kristina	Garand	Émilie	Pilon	Marie-Pier
Boucher	Laurie	Goodfellow	Melissa	Poirier	Joanie
Boulangier-Piette	Élisa-Maude	Guay	Catherine	Poirier-Payette	Valérie
Bourgault	Nathalie	Hayes	Fanny	Provost	Josée
Bournival	François	Hébert-Lemieux	Sandy	Richard	Christine
Bourque	Marie-Pier	Héon	Nathalie	Richard	Johanne
Bouter	Maude	Houde Côté	Dominique	Rodrigue	Isabelle
Breton	Johathan	Houle-Rhéaume	Émilie	Roux	Pierre-Luc
Careau	Anne-Sophie	Kolenskaia	Natalia	Roy	Jacinthe
Chagnon	Christine	Lacoste	Sébastien	Roy	Patrick
Chapleau	Isabelle	Laflamme	Valérie	Roy	Stéphanie
Ciccarelli	Jessica	Lafontaine	Marie-Andrée	Royer	Amélie
Coallier	Dominique	Lanovaz	Marc	Roy-Robert	Cynthia
Comeau	Stéphanie	Laperrière	Jenny	Salmon	Miguel
Côté-Boulangier	Mirabelle	Larouche	Marjorie	Séguin	Myriam
Cotton	Karine	Larouche	Vicky	Senécal	Marie-Claude
Cotton	Paul-René	Laverdure	Monique	Simard	Claudia
Daigle	Mélissa	LeCouffe	Philippe	St-Hilaire	Maude
De Blois-Sylvestre	Catherine	Leduc	Maryse	Supper	Valérie
Deblois	Audrey	Lefebvre	Myriam	Tremblay	Annie
Delarosbil	Émilie	Legresley	Mélanie	Trottier	Dominique
Demonieur	Suzy	Legris	Marc-André	Veillette	Martine
Denault	Geneviève	Lemoine	Marie	Vignola-Sullivan	Sophie
Desautels	Elianne	Létourneau-Turcotte	Amélie	Violette	Marie-Ève
Desjardins	Julie	Lévesque	André		
Desjardins	Sophie	Mackay Cantin	Emmanuelle		

Une pratique RÉFLÉCHIE BELGECHE

Le quotidien de la vie professionnelle est souvent synonyme d'urgence, de manque de temps et de surcharge de travail par la complexité des cas référés. Ainsi, réfléchir à sa pratique s'avère difficile. Pourtant, le psychoéducateur doit agir avec rigueur et pertinence en s'informant, notamment, de l'efficacité de ses interventions et de leur bien-fondé théorique. Ce numéro propose divers articles en lien avec le choix des meilleures pratiques en psychoéducation.

Nous avons voulu, d'entrée de jeu, donner la parole à deux psychoéducateurs engagés de longue date dans l'enseignement universitaire. Bien que différents, leurs points de vue se complètent. Tous deux plaident pour une pratique psychoéducative rigoureuse, dans les limites des connaissances actuelles en sciences humaines et des caractéristiques singulières de chaque situation d'intervention. Nous souhaitons que leurs propos, riches d'expérience, sauront susciter vos propres réflexions.

Vers l'utilisation de données probantes

Serge Larivée, Ph. D., ps.éd., professeur, École de psychoéducation, Université de Montréal

Qui souhaiterait au 21^e siècle être soigné par la médecine du 18^e siècle? La question se pose aussi pour les soins psychosociaux dans le cas des personnes en difficulté d'adaptation, et ce, d'autant plus que l'utilisation de données probantes et des meilleures pratiques est une question éthique. Cependant, les obstacles ne manquent pas à cet égard. En effet, comment s'assurer que les professeurs des différents départements de psychoéducation parviennent à former les futurs psychoéducateurs aux meilleures pratiques? Pour montrer la difficulté d'enseigner celles-ci, je vais m'attarder à la notion de paradigme dont l'impact sur les contenus enseignés est primordial.

La notion de paradigme

L'ouvrage de Kuhn (1972), *La structure des révolutions scientifiques*, présente un modèle pour comprendre l'activité des chercheurs, lequel fait appel, entre autres notions, à celle de paradigme. Dans leur pratique scientifique, les chercheurs, dont les travaux sont fondés sur le même paradigme, partagent un ensemble de croyances, de valeurs et de techniques communes. Leur façon de travailler engendre alors une tradition particulière de recherche dont les découvertes leur fournissent une variété de problèmes à résoudre. Les résultats des recherches sont publiés dans des revues spécialisées, puis consignés dans des manuels à la disposition des étudiants intéressés par le domaine. Ces derniers disposent alors des règles qui prévalent pour résoudre d'autres problèmes non encore résolus par le paradigme.

Par définition, un paradigme n'est pas considéré *a priori* sans faille. C'est pourquoi la science, contrairement aux pseudosciences, aux idéologies et aux religions contient en elle un moyen de rompre avec un paradigme pour passer à un autre, plus pertinent. Les théories scientifiques sont, d'une certaine façon, biodégradables. La crise éclate lorsque le nombre de problèmes non résolus devient important et qu'un paradigme rival en formation permet de résoudre ses propres problèmes et ceux laissés en plan par le paradigme en place. La révolution scientifique se résorbe lorsque le nouveau paradigme entraîne l'adhésion non pas d'un chercheur

isolé mais d'un nombre toujours plus grand de chercheurs de la communauté scientifique concernée.

On conviendra ici que la notion de paradigme sied mieux aux sciences dites naturelles (physique, chimie) qu'aux sciences humaines et sociales (SHS) dont fait partie la psychoéducation. Non seulement les premières ont traversé maintes révolutions scientifiques qui ont entraîné des changements de paradigmes, mais elles disposent de solides racines méthodologiques de l'approche expérimentale.

Bien qu'on recoure souvent au terme « paradigme » pour identifier une approche ou une théorie en SHS, une théorie correspond à un paradigme uniquement si l'ensemble des chercheurs d'une discipline y adhère. En SHS, la coexistence de plusieurs théories souvent incompatibles n'a pas encore permis l'émergence d'un paradigme unificateur. Ainsi, l'étude du comportement humain fait appel à plusieurs approches (psychodynamiques, behavioristes, sociales, génétiques, biologiques, etc.) dont les critères de vérification relèvent, dans certains cas, davantage de convictions idéologiques que d'un ensemble de connaissances empiriquement vérifiées. Le cas du mouvement psychanalytique est à cet égard exemplaire : on y assiste à des révolutions de palais et non à des révolutions scientifiques (Larivée et Coulombe, 2013).

Comparées aux sciences naturelles, les SHS sont préparadigmatiques. Ce constat n'a rien de surprenant. Non seulement les objets d'étude des SHS sont beaucoup plus récents que ceux des sciences naturelles, mais ils sont également beaucoup plus complexes quoiqu'en disent certains. Ce constat a une double conséquence, sur les enseignants et sur les contenus enseignés.

Les enseignants

Lorsqu'un enseignement s'inscrit dans un paradigme bien établi, les étudiants ne remettent pas en question la validité des contenus enseignés. En ce sens, les étudiants en physique trouvent normal de faire des exercices qui leur permettent de résoudre des problèmes

qui découlent du paradigme en place. De plus, peu importe le professeur, l'université ou le pays, les exercices présentés dans les manuels sont similaires. Partout, les professeurs se concentrent sur le même objet d'étude, utilisent les mêmes méthodes et le même vocabulaire.

À l'opposé, comme les SHS sont à une étape préparadigmatique de leur développement, les étudiants du domaine ne sont pas soumis aux mêmes exercices, aux mêmes contenus et aux mêmes examens d'un pays à l'autre, d'une université à l'autre et même à l'intérieur du même département. Les étudiants ne trouvent pas dans leurs cours et dans leurs manuels scolaires des concepts ou des théories considérés comme exemplaires par tous les professeurs ou tous les intervenants. Par exemple, il existe plus d'une vingtaine d'approches qui prétendent soigner l'autisme.

En fait, l'état préparadigmatique des SHS ressemble à un comptoir ouvert où chacun peut adhérer à la théorie à la mode du jour si elle lui convient (résilience, attachement, neuropsychologie, etc.). Ce faisant, les SHS ressemblent à un casse-tête dont il est actuellement impossible de mettre ensemble tous les morceaux pour en dégager une image cohérente.

Les contenus enseignés

En ce qui concerne les contenus enseignés, deux aspects distinguent les sciences naturelles des SHS. Premièrement, en sciences naturelles, les manuels de méthodes de recherche au sens strict n'existent pas : la nature même des objets d'étude dicte la manière de procéder. Il ne reste plus aux étudiants qu'à se familiariser avec les statistiques appropriées. Par contre, en SHS, les livres de méthodes de recherche sont légion, la complexité de l'humain rendant son étude plus difficile. Deuxièmement, et conséquemment, la production de données probantes est une évidence pour les étudiants en sciences naturelles alors que leur production et surtout leur utilisation est nettement moins évidente pour les étudiants en SHS.

Compte tenu de ce qui précède, on admettra que, aussi longtemps qu'on continuera d'enseigner des théories dont le statut scientifique n'excède pas celui de l'astrologie et dont les prétentions sont d'expliquer la nature profonde, cachée et complexe de l'âme humaine plutôt que de s'intéresser au comportement individuel ou social (Forget, 2002), l'enseignement des meilleures pratiques aura des difficultés à s'imposer. Pour que les SHS s'orientent vers la formulation d'un paradigme et que l'enseignement généralisé des meilleures pratiques voit le jour, trois conditions s'imposent. Premièrement, il faudrait que cesse la croissance de modèles et de théories dont la pertinence peut être sérieusement mise en doute, particulièrement celles qui ont des connivences ésotériques. Deuxièmement, et conséquemment, s'entendre sur une compréhension du comportement humain, incluant les cognitions et les émotions, qui débouchent sur un vocabulaire commun. Troisièmement, et contrairement à ce qui est valorisé par la rectitude politique bien en place, il n'est pas normal, en exagérant à peine, qu'il existe presque autant de théories psychologiques que de professeurs qui les enseignent. En fait, dans bien des cas, le contenu d'un cours universitaire en SHS dépend de l'orientation théorique ou des valeurs personnelles du professeur et pas nécessairement des données empiriques qui la supportent.

Compte tenu de ce constat, on peut comprendre que la

promotion d'interventions centrées sur des données probantes ait quelque peine à s'imposer. À notre décharge, il faut admettre que les procédures utilisées pour valider l'efficacité d'un médicament sont difficilement applicables à la psychoéducation au quotidien. Il est difficile pour des psychoéducateurs de comparer après randomisation et en double aveugle un type d'intervention à une intervention placebo, sauf, bien sûr, dans le cadre d'une recherche. De plus, qu'on le veuille ou non, la relation qui s'installe au quotidien entre un psychoéducateur et un enfant ou un groupe d'enfants constitue toujours un ingrédient actif de l'intervention même si celle-ci se mesure difficilement. Cette difficulté n'est toutefois pas une raison pour ne pas cibler des approches et des interventions qui se rapprochent des recherches expérimentales ou d'études comparatives contrôlées. À cet égard, il existe une abondante littérature qui fait état des approches les plus efficaces en fonction des divers types de problèmes. Par exemple, le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale sur l'efficacité des psychothérapies (2004) a clairement montré, en tenant compte des nuances qui s'imposent, que les thérapies cognitivo-comportementales viennent en tête de liste quant à leur efficacité, suivies, loin derrière, par les thérapies familiales et de couple, et, en dernière position, par les approches de type psychodynamique.

Faut-il rappeler que les thérapies cognitivo-comportementales représentent non seulement l'application à la pratique clinique des principes issus de la psychologie expérimentale, mais, également, qu'à l'instar de toute thérapie, et contrairement à ce qui est souvent véhiculé, les caractéristiques de la relation thérapeutique sont les mêmes que dans les autres approches : chaleur, empathie, authenticité, acceptation de l'autre, etc. Enfin, pour contrer l'idée selon laquelle la recherche clinique ne peut pas avoir la même rigueur que la recherche expérimentale, je suggère la lecture du texte de Lanovaz (2013) sur « L'utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation ». Dans cet article, l'auteur montre que de tels devis permettent d'évaluer l'efficacité de l'intervention et de s'assurer que sa mise en place est bel et bien responsable des changements observés.

Les idées avancées ici pourraient laisser croire que les SHS ne sont guère crédibles. Loin de moi une telle idée. Il se fait en psychoéducation de l'excellente recherche et rien n'empêche de proposer de nouvelles approches à condition, bien sûr, de prendre les précautions qui s'imposent pour en vérifier la validité. Notre propos vise essentiellement à inciter les formateurs (professeurs, superviseurs) à s'assurer que les futurs psychoéducateurs soient initiés aux meilleures approches, c'est-à-dire celles qui sont dûment validées ou en voie de l'être. ■

Références

Forget, J. (2002). *Dictionnaire des sciences du comportement. Les concepts, les auteurs, les organisations*. Montréal.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2004). *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris : Inserm.

Kuhn, T.S. (1972). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.

Lanovaz, M. (2013). L'utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 161-183.

Larivée, S. et Coulombe, E. (2013). La psychanalyse ne résiste pas à l'analyse. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 185-230.

Vers l'utilisation des meilleures pratiques

Jacques C. Grégoire, Ph. D., ps.éd., professeur, École de psychoéducation, Université de Montréal

À ma connaissance, l'expression « best practices » traduite par « meilleures pratiques » ou encore par « pratiques basées sur des données probantes » existe depuis plusieurs années dans la documentation scientifique de différents domaines. Cependant, ce n'est que récemment qu'elle s'est retrouvée dans les écrits touchant particulièrement l'intervention auprès de personnes en difficulté d'adaptation.

Meilleures pratiques?

Qu'entend-on par meilleures pratiques? À mon avis, l'expression prend différents sens selon les uns et les autres. Ainsi, pour certains, il n'est question que d'un résultat... une meilleure pratique étant tout simplement une intervention qui donne les résultats escomptés. Pour d'autres, une meilleure pratique consiste particulièrement en la meilleure façon dont peut être planifiée et menée une intervention pour donner les résultats

se servir de la façon la plus prometteuse pour amener chaque personne à développer ses compétences, à mieux s'adapter à son environnement, à mieux répondre à ses besoins et pour faire en sorte que se maintiennent chez elle les changements ainsi engendrés? Toutefois, l'emploi de meilleures pratiques n'est pas toujours possible, dans la mesure où une meilleure pratique suppose une gamme de conditions particulières liées aux connaissances de l'intervenant, aux plus ou moins grandes facilités offertes par un milieu d'intervention ou même à la philosophie d'intervention que le milieu préconise. Et cela sans compter les situations de vécu partagé qui ne nécessitent pas le déploiement d'une intervention d'envergure.

Valeur des meilleures pratiques

Que dire de la valeur des meilleures pratiques? Si une meilleure pratique peut être comprise comme une intervention pertinente

« Si une meilleure pratique peut être comprise comme une intervention pertinente pour une personne en difficulté dans une situation donnée, elle n'est pas pour autant une panacée, c'est-à-dire une intervention universelle adaptée à toutes les personnes en difficulté dans toutes les situations données. »

souhaités. Pour d'autres, encore, une meilleure pratique est plus élaborée voire plus complexe en ce qu'il s'agit d'une intervention qui avec l'expérience et la recherche s'est avérée fiable et a permis d'obtenir de manière répétée les résultats désirés.

Évidemment, ce dernier énoncé sous-entend que l'établissement d'une meilleure pratique passe par une façon de concevoir et de mener une intervention qui s'articule autour d'une connaissance approfondie du problème que présente une personne en difficulté auprès de laquelle on intervient et d'une évaluation sérieuse et complète de ses forces, limites, besoins et capacités adaptatives. De là, suivent la formulation d'objectifs précis et réalistes à poursuivre, la mise en place des moyens reconnus comme les plus pertinents pour la poursuite desdits objectifs, la détermination de mécanismes d'ajustement de l'action menée, si besoin est, et, finalement, l'aménagement des conditions appropriées permettant de vérifier et d'apprécier la qualité de l'implantation des moyens retenus et le degré d'atteinte des objectifs énoncés.

Se servir des meilleures pratiques

Qu'en est-il de l'emploi des meilleures pratiques? Dans un premier temps, il est bien difficile de s'opposer à l'emploi des meilleures pratiques. Tout intervenant quel qu'il soit ne souhaite-t-il pas

pour une personne en difficulté dans une situation donnée, elle n'est pas pour autant une panacée, c'est-à-dire une intervention universelle adaptée à toutes les personnes en difficulté dans toutes les situations données. Or, un danger guette l'intervenant à savoir celui d'imaginer que parce qu'une meilleure pratique a donné des résultats satisfaisants dans une situation, elle donnera nécessairement les résultats voulus dans d'autres situations d'intervention, surtout dans celles que l'on estime quasi similaires à la première. Précédemment, dans l'énoncé de ce que sont les meilleures pratiques pour les uns et les autres, nous avons énuméré la série d'éléments qu'exige l'établissement d'une meilleure pratique. En bout de ligne, on pourrait avancer qu'une meilleure pratique forme un tout. Or, rappelons-nous qu'une toute légère modification à l'une des composantes de ce tout altère le tout en question et que cela n'assure plus nécessairement l'efficacité ou la pertinence de ladite meilleure pratique.

Enseignement des meilleures pratiques

Que penser de l'enseignement des meilleures pratiques? La formation des futurs psychoéducateurs exige, bien sûr, que ceux-ci soient exposés aux meilleures pratiques, qu'on leur explique ce qu'elles sont et comment elles ont été développées, qu'on leur montre

dans quel contexte les utiliser et, pourquoi pas, pour les étudiants plus avancés, comment en établir! Outre le fait de proposer et même d'actualiser une rigueur dans l'action professionnelle, l'enseignement des meilleures pratiques illustre les réussites que peuvent connaître les intervenants dans leur pratique quotidienne ainsi que l'importance de leur profession dans l'ensemble des services offerts.

Cela dit, il y a l'autre côté de la médaille dans ces enseignements. L'enthousiasme de certains professeurs les amène parfois à oublier de mettre les nuances qui s'imposent quant aux potentiels réels des meilleures pratiques ou quant à leur faisabilité dans tel ou tel contexte. Reconnaissons-le, les meilleures pratiques sont parfois présentées comme les seules véritables interventions... toute autre forme n'ayant peu ou pas de valeur. Cela s'accompagne aussi de l'idée que seule la volonté de mettre en place une meilleure pratique est valable dans le champ de l'intervention.

À cette part qui revient aux enseignants s'ajoute l'attitude des étudiants à qui sont offerts ces enseignements. D'un côté, ils voient souvent leurs professeurs comme des experts de qui ils acceptent tout sans trop se poser de questions ou, encore, estimant ne pas avoir de connaissances suffisantes, ils n'osent pas les interroger de crainte de paraître ridicules. De l'autre, comme ils sont souvent à la recherche de recettes, ils ont tendance à voir dans ces meilleures pratiques des remèdes miracles et oublient, ce faisant, d'exercer leur regard critique sur ce qui leur est présenté.

Rôle de l'intervenant et meilleures pratiques

Finalement, que dire du rôle de l'intervenant dans les meilleures pratiques? Ici, il me semble qu'il faut distinguer deux aspects importants, soit la mise en application et la conduite d'une pratique

déjà existante et les efforts pour mettre au point une meilleure pratique. Dans le premier cas, tenons pour acquis que le jumelage personne en difficulté/meilleure pratique a été convenablement fait et que l'intervenant s'emploie à implanter et à mener son intervention. Dans une telle situation, il est vrai de dire que le psychoéducateur est en action. Mais de quel type d'action s'agit-il? Personnellement, il m'arrive parfois, soit en lisant ou en entendant parler de certaines interventions qualifiées de meilleures pratiques, de voir l'intervenant comme étant captif du « ce qu'il faut faire » que dicte la meilleure pratique. En ce sens, il m'apparaît comme un intervenant robot que la nature même de la meilleure pratique employée prive de la possibilité d'exercer son sens clinique!

Dans le second cas, soit la mise au point d'une meilleure pratique, il me semble plus aisé de voir le psychoéducateur en action. Sur la base de ses connaissances approfondies du problème de la personne en difficulté auprès de laquelle il intervient, on le voit mener une évaluation sérieuse et complète des forces, limites, besoins et capacités adaptatives de celle-ci et formuler des objectifs précis et réalistes. On le voit également mettre en place des moyens reconnus comme les plus pertinents pour la poursuite desdits objectifs, déterminer des mécanismes d'ajustement de l'action menée, si besoin est, et, enfin, aménager des conditions appropriées permettant de vérifier et d'apprécier, d'une part, la qualité de l'implantation des moyens retenus et, d'autre part, le degré d'atteinte des objectifs énoncés. Mais, comme l'établissement d'une meilleure pratique se fait dans l'action concrète auprès d'une personne en difficulté, l'intervenant doit tout de même se méfier d'un certain danger, c'est-à-dire celui de se consacrer uniquement et entièrement à la mise au point de cette pratique et d'en oublier la personne auprès de laquelle il intervient. ■



Faites part de vos commentaires sur le magazine à publication@ordrepseud.qc.ca

Reconnaître ses émotions pour de meilleures pratiques

Jean-Pierre Gagnier, psychologue, professeur, Université du Québec à Trois-Rivières et **Christophe Gagnon**, ps.éd., spécialiste en activités cliniques, Centre du Florès

Marie-Claude, psychoéducatrice en milieu scolaire, est fortement touchée par la détresse d'une adolescente qui s'automutile et qui est rejetée par son groupe de pairs. Marc-Antoine, psychoéducateur en centre jeunesse, se sent frustré et déçu à la suite d'une intervention réalisée auprès d'une famille. Les situations d'intervention rencontrées par les psychoéducateurs sont souvent intenses, délicates et complexes. Lorsque les compétences techniques et les protocoles disponibles ne suffisent plus, l'alliance d'aide devient plus précieuse que jamais. La documentation scientifique et les contenus de formation décrivent pourtant des interventions qui devraient donner des résultats positifs. Pourquoi la pratique de tous les jours n'est-elle pas aussi simple? « *Je ne sais plus quoi faire. Mes recommandations ne sont pas appliquées. Je sens la relation fragile.* » Comment prendre du recul et se donner un espace de réflexion alors que tout invite à l'action et à l'accélération? L'intervenant doit-il neutraliser, ignorer ses émotions? Doit-il plutôt les reconnaître, en faire un levier pour nourrir sa compréhension et ajuster ses relations aux personnes aidées?

De la bonne distance à la bonne proximité

Les interventions psychoéducatives sont généralement systématiques et bien structurées. Quelles que soient les problématiques, le recours aux données probantes et aux connaissances récentes et validées se révèle important. Les outils d'évaluation et les guides de pratique jouent un rôle en ce sens. Un programme, par exemple, est une séquence d'actions prédéterminées qui doit fonctionner dans des circonstances qui en permettent l'accomplissement (Morin, 1990). Si les circonstances extérieures ne sont pas favorables, si les attentes de changement ne sont pas réalistes compte tenu des limites et des contraintes présentes dans la vie du jeune ou des parents, le programme piétine ou échoue. Les savoirs structurés soutiennent l'action, mais n'épargnent pas des enjeux relationnels délicats soulevés dans l'intervention courante. En somme, nos outils et nos processus cliniques permettent une certaine objectivation des situations cliniques. Cependant, si cette objectivation des personnes et des difficultés s'avérait notre seule manière d'assurer la juste distance dans l'alliance d'aide, les personnes aidées deviendraient littéralement *objets d'intervention* tout en étant dites au centre des préoccupations. Pour que les personnes demeurent *sujets d'intervention*, il nous faut nous approcher de leur expérience, donner une place à leur récit, reconnaître leur subjectivité et la nôtre.

La place accordée à l'autre comme une personne qui souffre, comme une personne qui s'inquiète, ne suffit pas à assurer une rencontre sensible et solidaire en intervention. Pour soutenir cette altérité, il nous faut engager notre subjectivité. Nous devons prêter oreille à notre propre expérience, préserver notre propre autonomie, oser exister dans la différence. C'est dire que nous devons porter

le projet de soutenir l'autonomie des personnes aidées tout autant que la nôtre (Malherbe, 1999).

La prise en compte de nos émotions

Les émotions ressenties par les jeunes, les parents et les intervenants font partie de l'expérience d'aide. Or, il importe ne pas opposer les tentatives d'objectivation et l'attention portée aux résonances et aux émotions. Dans un monde axé sur l'efficacité et carburant à l'urgence, les émotions peuvent sembler des trouble-fêtes (Aubert, 2003). Au contraire, il y a lieu de penser que la juste prise en compte des émotions préserve l'intervenant de la fatigue de compassion et facilite la collaboration aux plans d'intervention.

Les jeunes et les parents auprès desquels nous intervenons nous rappellent les exigences universelles de la condition humaine : finitude, incertitude et solitude (Malherbe, 1999). Tout comme eux, nous pouvons ressentir la peur, douter de nos capacités, être en colère, nous sentir dépassés ou impuissants. Les situations d'intervention peuvent réactiver en chacun de nous des croyances, des émotions, des souvenirs parfois étonnants. À défaut de les reconnaître, ces « ressentis » sont susceptibles de se manifester par des modifications de la distance affective, des accélérations dans l'action, des inerties, des perceptions négatives, des pertes de frontières, des messages non verbaux plus ou moins subtils. Si nous ne prenons pas soin de ces résonances sensibles qui s'invitent à notre insu dans la relation d'aide, il y a risque que la juste distance (tentatives d'objectivation) se transforme en fossé difficile à franchir. Comment passer de la *bonne distance* à la *bonne proximité* puisqu'il est question d'un rapprochement de soi avec soi et de soi avec le jeune et sa famille? Sans le savoir et sans même le vouloir, le client et sa famille nous invitent à réfléchir sur nous-mêmes lorsque nous sommes bousculés par la rencontre. Comment utiliser cet espace de possibles transformations réciproques pour donner un souffle nouveau à la relation d'aide? (Gagnon, 2006). L'intervenant existe, apporte quelque chose de lui, prend sa place dans son rôle (Trappeniers, 2012). Pour Ausloos (1995), les intervenants ne doivent pas se priver de leur potentiel le plus riche : leur équation personnelle, leur originalité et leur spécificité. Comment pourrions-nous mettre de côté nos expériences personnelles alors que nous travaillons sur l'expérience personnelle d'autres êtres humains? (Lacharité et Gagnier, 2009). Les résonances et les émotions sont des révélateurs de nos propres valeurs, croyances et sensibilités tout en constituant des sondes pour mieux ajuster nos interventions.

Dans la grande majorité des situations d'intervention, le psychoéducateur ne se sent pas envahi ou troublé par des émotions vives. Il parvient à mener ses interventions tout en s'approchant des jeunes et des familles. Toutefois, lorsque des émotions sont ressenties avec insistance ou lorsque se réveillent en lui des pans

de son histoire personnelle, il y a lieu de porter attention à ce qui se passe. Ce que vit l'intervenant parle de lui mais ne se réduit pas à lui (Cyrulnik et Elkaïm, 2009). Ce qui émerge en lui dans une situation particulière, à un moment particulier, serait sans doute demeuré latent dans une autre situation. Ce que vit l'intervenant et qui provient du contexte s'influencent mutuellement. Elkaïm (1989) utilise le terme de résonance pour désigner des situations où ce que nous vivons a une utilité pour l'autre ou pour le contexte dans lequel ce sentiment émerge. Il s'intéresse donc aux moments spécifiques où ce que vit l'intervenant entre en relation avec des éléments du contexte d'une manière telle que les uns et les autres maintiennent leurs systèmes de croyances et participent à la répétition et au non-changement.

Les émotions comme atouts

Faisons pivoter le prisme. Bien que parfois difficiles à contenir, les émotions ne sont pas que des mines sur le parcours de nos plus belles intentions. Et si les forts sentiments d'impuissance, d'irritation et d'impatience vécus par l'intervenant pouvaient enrichir la compréhension clinique? Si ces résonances pouvaient l'inviter à se poser la question de ce qui se passe sur ces tonalités affectives dans la vie de ceux qu'il tente d'aider?

Une première situation d'intervention met en scène Karine, une psychoéducatrice qui travaille depuis quelques mois dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Face aux difficultés d'une jeune qui s'additionnent et perdurent, malgré toutes les interventions tentées, Karine doute de sa compétence. Cherchant à s'en tirer par elle-même, elle est de plus en plus anxieuse à l'idée de se rendre dans la famille pour rencontrer la jeune et ses parents. À chaque fois, ces derniers se disent impuissants à aider leur fille et lui demandent de trouver des solutions. Cette expérience émotionnelle intense pivotant autour du doute n'appartient-elle qu'à Karine? Où se situent les parents en termes de sentiment de compétences parentales? Comment sortir du silence et de l'isolement pour retrouver l'espoir dans cette situation décevante pour chacun? Comment ajuster l'offre de service et l'intervention sans reconnaître les émotions en présence? Comment prendre le recul réflexif nécessaire pour éviter de fuir ce qui se passe, aller chercher du soutien, ajuster l'alliance et le projet d'aide? Les émotions qui révèlent que nous sommes troublés ou inconfortables sont des invitations à un questionnement qui va bien au-delà de notre seule personne et qui inclut des enjeux du contexte. La reconnaissance des émotions interpelle la responsabilité de chacun des intervenants et touche également les équipes de travail. Plusieurs études démontrent combien il est difficile pour les intervenants de répondre à des réactions négatives soutenues (méfiance, critique, colère). Il demeure exigeant de faire face aux émotions intenses et de gérer les fluctuations dans l'alliance d'aide (Lecomte, 2012). La formation continue, le soutien clinique et la réflexion éthique deviennent alors essentiels (Vander Borgh, 2011).

Voici une seconde situation bien connue des psychoéducateurs œuvrant en toxicomanie. La pratique dans ce domaine, comme dans d'autres champs de pratique, révèle combien il n'est pas toujours facile d'éviter *le marché de dupes* (Anastassiou, 2008). Illustrons par les discours intérieurs de l'aidé et de l'aidant ce jeu relationnel : « Aidez-moi, bien que je vous considère impuissant face à ce que je vis! », dit l'aidé. « Je tente de vous aider, bien que je

ne crois pas à la sincérité de votre motivation à changer! », pense l'aidant. Le pacte se scelle dans le non-dit. L'aidant ressent de plus en plus de lassitude et la personne en besoin consolide sa méfiance. Comme quoi, en intervention, les émotions non reconnues et non assumées peuvent participer au non-changement. Cet exemple décrit une situation dans laquelle des émotions cachées peuvent contribuer à l'accroissement de la distance entre l'intervenant et la personne aidée. Il témoigne également de la nécessité de reconnaître l'émotion, de relancer l'alliance d'aide et le projet d'intervention sur d'autres bases.

La reconnaissance des émotions permet de s'approcher de l'expérience de l'autre. L'important est de donner le statut d'hypothèse à l'émotion personnelle identifiée, de la valider avec soin et, si c'est opportun, avec les personnes concernées. Les émotions ressenties peuvent constituer des ponts pour : 1) identifier ses propres valeurs et croyances et réfléchir aux sensibilités issues de son histoire de vie, 2) formuler des hypothèses de compréhension de ce qui pourrait être vécu par les personnes aidées, 3) découvrir par quelle voie l'alliance d'aide pourrait être ajustée ou restaurée.

Tirant profit du développement des connaissances, les meilleures pratiques proposent des repères pour orienter et structurer les interventions des psychoéducateurs. Or, les procédures et les programmes d'intervention basés sur ces pratiques validées exigent d'établir, de maintenir et de restaurer l'alliance d'aide. Pour assurer des pratiques rigoureuses et sensibles, la reconnaissance des émotions vécues par les intervenants et par les personnes soutenues demeure une voie de passage distincte et complémentaire essentielle. Cette ouverture à soi et aux autres demande un temps d'introspection, des conditions de sécurité et de confidentialité.

La rigueur professionnelle n'est pas toujours aussi facile à définir lorsqu'elle implique le savoir-être. Les situations d'intervention les plus délicates nous interpellent individuellement et collectivement sur les plans clinique et éthique. La pratique réflexive est facilitée par la supervision clinique, la formation continue, les échanges avec les collègues. La prise en compte des meilleures pratiques, la reconnaissance des émotions et le recul critique doivent être conjugués pour éviter de stéréotyper les interventions et pour faciliter les ajustements mutuels. ■

Références

- Anastassiou, V. (2008). Quinze ans de pratiques familio-systémiques en alcoologie. *Thérapie Familiale*, 2, 29, 279-318.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Éditions Champs Flammarion.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles. Temps, chaos et processus*. Paris : Éditions Érès, collection Relations.
- Cyrulnik, B., Elkaïm, M. et Maestre, M. (dir.). (2009). *Entre résilience et résonance. À l'écoute des émotions*. Paris : Éditions Fabert.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris : Éditions du Seuil.
- Gagnon, C. (2006). *De la relation d'aide à la relation d'être : la réciprocité transformatrice*. Paris : Éditions L'Harmattan, collection Histoire de vie et formation.
- Lacharité, C. et Gagnier, J.P. (dir.). (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec*, 29, 3, 28-32.
- Malherbe, J.F. (dir.). (1999). *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*. Paris : Éditions Artel Fides.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Éditions ESF.
- Trappeniens, E. (2012). *C'est ma place! Apprendre à être soi sans renoncer aux autres*. Paris : Interéditions.
- Vander Borgh, C. (2011). Les fonctions d'analyse de pratiques, de formation et de recherche. Dans M. Meynckens-Fourez, C. Vander Borgh et P. Kinoo, *Éduquer et soigner en équipe. Manuel de pratiques institutionnelles*. Bruxelles : Éditions de Boeck, collection Carrefour des psychothérapies.

Évaluer sa pratique : un exercice stimulant

Anne Zombecki, psychoéducatrice, École secondaire St-Martin, Commission scolaire de Laval

Je suis psychoéducatrice depuis plus de 20 ans. Après une première carrière de 12 ans en centre jeunesse, je me suis dirigée vers le milieu scolaire où j'exerce depuis 2001.

Avec le temps, il est normal de ressentir un certain essoufflement dans notre intervention et d'éprouver le besoin de renouveler nos actions. Ceci fait partie de l'analyse réflexive professionnelle alors que l'intervention dans des contextes de plus en plus complexes devient chose courante. C'est ainsi que, après toutes ces années, j'effectuais, à l'hiver 2009, un retour à l'université! Un cours sur le décrochage scolaire, suivi par pur plaisir, fut le coup d'envoi à ce qui allait m'amener plus loin dans mon intervention auprès de mon groupe d'élèves à risque d'échec scolaire.

La mise sur pied d'une intervention spécifique

Dès mon arrivée à l'école secondaire, en 2006, j'ai eu pour mandat de créer et de mettre en place une intervention spécifique auprès d'un groupe d'élèves se trouvant en échec au terme de leur première année de secondaire. Le redoublement n'étant plus permis avant la fin du cycle, ces élèves, trop faibles (résultats sous les 45 % dans la majorité des matières), n'avaient pas accès aux groupes des mesures d'appui. Ils avaient besoin d'un encadrement continu que la structure de l'école ne parvenait pas à leur donner. Répartis dans les classes régulières, la plupart d'entre eux demeuraient en échec, ce qui entraînait une démobilitation de leurs responsabilités scolaires et augmentait les risques de décrochage scolaire. Une première étape fut de regrouper ces 25 élèves dans une même classe. Ils pouvaient ainsi profiter du soutien continu de leurs enseignants et d'un encadrement psychoéducatif. Un environnement très structuré leur était offert en vue du développement de leurs compétences scolaires. Les contenus, le rythme d'apprentissage et la pédagogie étaient adaptés à ces élèves.

Plus tard, à la lumière du cours suivi sur le décrochage scolaire, cette intervention s'est bonifiée pour tenir compte des facteurs prédictifs du décrochage scolaire : la santé mentale, les facteurs familiaux, l'implication de l'élève, ses performances en français et en mathématiques, le climat de la classe. Les facteurs de protection tels que les habiletés sociales, une bonne estime de soi, la maîtrise de soi, le soutien des parents et une relation positive avec l'enseignant faisaient aussi partie de nos actions.

L'analyse systématique de cette intervention

En 2010, j'ai décidé de poursuivre cette réflexion sur ma pratique en m'inscrivant au cours *Développement et évaluation de programmes* offert par l'Ordre. Les lectures rigoureuses effectuées dans ce cadre pédagogique m'ont permis de lier notre intervention à des bases théoriques très actuelles et bien documentées. Un modèle logique en quatre volets – académique, psychosocial, motivation scolaire



et parascolaire – en a résulté, donnant ainsi un sens nouveau à l'accompagnement de nos jeunes. Encore aujourd'hui, les références et les outils découverts lors de cette démarche continuent de me stimuler.

L'analyse approfondie de notre intervention m'a également amenée à dépasser la seule évaluation des résultats scolaires des élèves. Pour mesurer les effets de mon intervention, je fais désormais appel à d'autres dimensions comme la motivation scolaire, le sentiment de compétence (académique et social), le sentiment d'appartenance et les habiletés d'organisation scolaire. Bien entendu, la performance scolaire continue d'être évaluée, exigences ministérielles obligent. Et mon but, au terme de l'année scolaire, demeure de voir les élèves réussir leur premier cycle du secondaire et de constater l'amélioration de leur engagement envers l'école. Ultimement, il s'agit de prévenir le décrochage scolaire.

L'intervention mise en place timidement il y a huit ans, dans un contexte de projet pilote, fait maintenant partie de la cour des grands. Bien implanté dans le milieu et appuyé sur les facteurs de risque et de protection du décrochage scolaire, ce projet est devenu une intervention dont les résultats sont significatifs et encourageants, si bien que la direction de l'école a demandé de reproduire ce modèle avec une cohorte d'élèves de première secondaire provenant, cette fois, de l'adaptation scolaire et qui intègrent le secteur régulier.

Toujours passionnée par mon métier après toutes ces années, je conserve le désir de continuer d'apprendre et d'offrir les meilleurs services à mes élèves. L'analyse rigoureuse de mon intervention m'a donné un nouveau souffle et me motive à en poursuivre le développement par des lectures et des recherches. À quand le prochain cours qui influencera mon intervention? ■

Recourir aux données probantes dans l'intervention psychosociale : passage obligé ou effet de mode?

Marc Alain, Ph. D. et Michel Rousseau, Ph. D., professeurs, département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Données probantes? Pratiques prometteuses? Meilleures pratiques? Pratiques reconnues? Pratiques émergentes? Pratiques innovantes? Il y a de quoi s'y perdre! Mais s'agit-il là d'une nouvelle mode en science que de proposer l'existence d'une « hiérarchie » de la valeur des données produites? Il nous faut d'emblée reconnaître que la science, en règle générale, n'a jamais eu à faire quelque débat que ce soit à propos de la probité des données qu'elle produit. En règle générale, la donnée générée est « scientifique » ou ne l'est pas; c'est l'essence même de la méthode et des conditions de la science qui le garantissent. On pourra également ajouter à ceci que la question même des seuils de probabilité – en-dessous desquels une relation entre deux faits ou événements doit être considérée comme relevant du hasard – ne se pose en science qu'en vertu de la précision des mesures effectuées. Comme la technologie permet chaque jour un peu plus d'affiner la précision des instruments utilisés, cette même question devient peu à peu tout aussi obsolète que celle de la probité de la donnée générée. Tout cela, bien sûr, en science « en général »... car ce n'est finalement à peu près que dans les disciplines scientifiques qui concernent directement l'être humain, son développement et son mieux-être que l'on se questionne sur la valeur des données issues de la recherche. Il n'y a aussi que dans ces domaines où les chercheurs se doivent de comprendre les limites de l'applicabilité des données produites, et ce, dans les conditions optimales de la recherche scientifique. Or, les intervenants et les praticiens ne peuvent plus ignorer ces données comme s'il s'agissait d'une production qui ne les concernait pas.

Pratiques d'intervention et données probantes

L'expression « données probantes » peut porter à confusion quant à savoir précisément quels sont les critères qui font qu'elles en sont. Et ce n'est là que la toute première des questions qui se posent aux praticiens et aux intervenants qui tentent de jauger leur pratique à la mesure de ces fameux critères. Qui énoncent ces critères? Pour quelles disciplines? Toutes ces disciplines doivent-elles adhérer à ces critères? Le fait qu'elles soient déclarées « probantes » garantit-il nécessairement que le travail et les méthodes scientifiques utilisées pour les produire étaient aussi désintéressés que possible? Qui donne une telle garantie?

De manière un peu absolue, dans le domaine médical, le principal critère de ce que constitue une donnée probante, la caractéristique « evidence », repose sur le fait que la donnée en question provient d'une méta-analyse systématique des résultats de

recherche ayant eu recours à un protocole en double aveugle où l'attribution des sujets au groupe contrôle et au groupe expérimental a été fait au hasard sans que les expérimentateurs et les sujets de l'expérience ne sachent dans quel groupe les sujets avaient été attribués. C'est dans le champ de la pratique en santé mentale que des réticences ont tout d'abord été soulevées (Tannenbaum, 2005). C'est le caractère un peu « absolu » de ces critères qui a posé problème dans le passage de la donnée expérimentale vers sa « traduction » en une pratique clinique d'intervention. La psychologie, par le biais de l'American Psychological Association (division n.12 : « Clinical Psychology »), a, dès les années 1990, proposé une version que l'on pourrait pratiquement qualifier d'édulcorée du fameux critère de probité. Pour le *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, la barre se situait à au moins deux expériences à attribution randomisée ou à dix études expérimentales à cas unique. On le voit, l'évidence n'a pas les mêmes critères pour tout le monde...

Toutes ces préoccupations relatives aux données probantes font surtout référence à leur utilisation dans les pratiques et interventions menées par les professionnels de la santé ou du champ psychosocial. Le principal objectif de ce courant est que le professionnel adopte l'intervention ou la pratique la plus susceptible d'être efficace. La pratique basée sur les données probantes constitue une approche de résolution de problème qui tient compte de l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures connaissances actuellement disponibles. Mais, et c'est de plus en plus reconnu, cette approche tient aussi compte de l'expertise et de l'expérience clinique du professionnel ainsi que des préférences et valeurs des usagers et du contexte dans lequel le professionnel intervient (Sackett *et al.*, 2000). Ces trois aspects sont interreliés et tous sont susceptibles d'exercer une influence sur la pratique qui sera adoptée par le professionnel et sur les résultats de l'intervention auprès des usagers (Fineout-Overholt *et al.*, 2005). Le courant des pratiques basées sur les données probantes se distingue de celui de l'utilisation de la recherche, puisque la pratique adoptée par un professionnel ne doit pas être influencée uniquement par des résultats de recherche mais tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit l'évaluation des connaissances scientifiques disponibles. De plus, la pratique basée sur les données probantes met l'accent sur l'évaluation des nouvelles pratiques ou interventions mises en place ainsi que sur leur évaluation en continu.

Les connaissances disponibles sont jugées en fonction de leur niveau de qualité. Deux hiérarchies de niveaux sont suggérées en fonction du type de décision devant être prise par le professionnel. Si un professionnel s'intéresse à l'efficacité des interventions, la hiérarchie suivante est suggérée :

- 1) Revue systématique ou méta-analyse portant sur tous les essais randomisés pertinents, lignes directrices développées à la suite d'une revue systématique d'essais randomisés;
- 2) Au moins un essai randomisé de bonne qualité;
- 3) Études quasi expérimentales de bonne qualité;
- 4) Études de cohorte de bonne qualité;
- 5) Revue systématique d'études descriptives et qualitatives;
- 6) Une seule étude descriptive et qualitative;
- 7) Opinion d'experts.

Si, par contre, un professionnel s'intéresse au sens donné à un phénomène, c'est plutôt la hiérarchie suivante qui est suggérée :

- 1) Revue systématique d'études descriptives et qualitatives;
- 2) Une seule étude descriptive et qualitative;
- 3) Opinion d'experts;
- 4) Lignes directrices développées à la suite d'une revue systématique d'essais randomisés;
- 5) Études quasi expérimentales de bonne qualité ou études de cohortes de bonne qualité;
- 6) Revue systématique ou méta-analyse portant sur tous les essais randomisés pertinents;
- 7) Au moins un essai randomisé de bonne qualité.

Science, données probantes et valeurs

Exactement de la même manière qu'il serait tout à fait naïf, voire dangereux, de penser qu'une pratique psychosociale puisse se faire de manière complètement désintéressée des savoirs et des connaissances produits par la recherche scientifique, le processus scientifique de production de données probantes n'est pas aussi « désintéressé » qu'on pourrait le penser. C'est précisément en cela qu'il convient de traiter avec nuance des propos qui stipuleraient qu'il ne peut se faire QUE de l'intervention reposant sur des données scientifiquement produites. C'est le philosophe des sciences Daniel Weinstock qui nous ramène à cette évidence en énonçant les nœuds décisionnels qui contribuent à recadrer les valeurs propres au processus scientifique (Weinstock, 2007). Trois des cinq nœuds évoqués illustrent particulièrement bien ce recadrage : 1) le choix même de l'objet de recherche, un choix qui, nous devons le reconnaître, ne tient pas tant de la liberté du chercheur que des orientations politiques de recherche des organismes subventionnaires et des gouvernements, 2) la « zone grise » du respect des normes éthiques liées au choix des sujets humains quant à savoir, notamment, jusqu'où les protocoles de recherche qui garantissent le caractère probant des données qui en seront issues peuvent être réalisés dans le respect le plus absolu de ces normes, 3) la norme même de production de données probantes qui, à la recherche de l'efficacité la plus élevée possible, finira inévitablement par sacrifier l'efficience et la reconnaissance des savoir-faire accumulés et de la pratique.

« [...] la pratique adoptée par un professionnel ne doit pas être influencée uniquement par des résultats de recherche mais tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit l'évaluation des connaissances scientifiques disponibles. »

Pour un pragmatisme de bon aloi en science...

Ce sont Christie et Fleischer (2009, p. 26) qui rendent le plus clairement compte de l'existence d'une position épistémologique mitoyenne; cette position est le pragmatisme réaliste :

La décision quant à la méthode à privilégier dépend de ce qui est étudié. En conséquence, les logiques inductives et déductives doivent être utilisées de concert. [...] Ainsi, le pragmatisme propose l'existence d'une réalité externe à l'observation, mais en admettant toutefois qu'il s'agira toujours d'une hypothèse susceptible d'être infirmée. On propose également qu'il y aura toujours plus qu'une seule explication du « réel » et qu'en un temps et un espace donné, une explication est préférée à l'ensemble des autres.

En définitive, si tant l'activité scientifique dans nos domaines des sciences humaines et sociales se devait de tendre vers un pragmatisme réaliste, qu'en serait-t-il de la pratique et de l'intervention? Toutes deux iraient comme la science, probablement, dans la reconnaissance de ces trois piliers fondamentaux de l'action que sont la curiosité, le doute et la rigueur. ■

Références

- Christie, C.A., Fleischer, D. (2009). Social Inquiry Paradigms as a Frame for the Debate on Credible Evidence. Dans S.I. Donaldson, C.A. Christie et M.M. Mark (dir.), *What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B.M. et Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. et Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edimbourg : Churchill Livingstone.
- Tanenbaum, S.J. (2005). Evidence-Based Practice as Mental Health Policy: Three Controversies and a Caveat. *Health Affairs*, 24(1), 163-173.
- Weinstock, D. (2007). *Qu'est-ce qui constitue une donnée probante? Une perspective philosophique*. Compte rendu d'une conférence donnée dans le cadre d'un atelier d'été des Centres de collaboration nationale en santé publique. Institut national de santé publique du Québec, 2010.

Le transfert des meilleures pratiques au service de la collectivité

Stéphanie Taillon, ps.éd., directrice de projets, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales

Dans un monde où coexistent plusieurs programmes d'intervention, de connaissances multiples et d'approches variées, les organisations sont souvent confrontées à choisir parmi une multitude de possibilités. Dans cette optique, un questionnement s'impose : comment choisir les meilleures pratiques qui guideront le choix de nos interventions? Mon travail m'amène à me poser cette question tous les jours.

J'ai fait mon baccalauréat bidisciplinaire en psychologie et psychoéducation ainsi qu'une maîtrise en psychoéducation à l'Université de Montréal. J'ai également complété ma scolarité de doctorat dans cette même discipline. Je travaille, depuis un peu plus de deux ans, à titre de directrice de projets au Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Mon rôle comme directrice de projets

Mon rôle comme directrice de projets consiste à coordonner des projets de transfert de connaissances ainsi que les activités de formation qui s'y rattachent. C'est donc à moi qu'incombe la responsabilité d'évaluer les projets soumis au CLIPP et de m'assurer, entre autres, qu'ils répondent à un besoin des milieux susceptibles de s'y intéresser. Une fois mon évaluation complétée, j'en soumetts le contenu au directeur scientifique, puis au comité scientifique du CLIPP. À la suite de leur décision, je dois élaborer des devis de travail, animer des *focus group* et soutenir la recherche de financement. De plus, en collaboration avec les collègues de mon équipe, je développe des outils de transfert de connaissances et veille à leur diffusion (lancement, promotion). Enfin, je procède à un suivi auprès des milieux preneurs.

Le choix et l'évaluation des meilleures pratiques

Une des missions du CLIPP est de contribuer à la diffusion et à l'implantation des meilleures pratiques psychosociales. Les meilleures pratiques doivent répondre à plusieurs critères. L'exemple de la grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) servira, ici, à illustrer le processus de sélection d'une pratique qui fera l'objet d'un transfert de connaissances. Cet outil a été développé, de 1998 à 2005, par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université de Montréal, soit Andrée Pomerleau, Nathalie Vézina, Jacques Moreau, Gérard Malcuit et Renée Séguin.

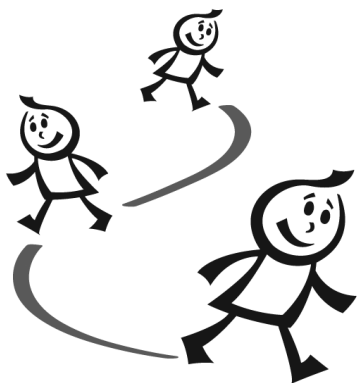
La GED est un outil d'évaluation qui permet de vérifier, en cas de doute, si un enfant âgé de 0 à 5 ans présente un retard de développement dans les sphères cognitive et langagière, motrice et socioaffective. Il permet également d'orienter un plan d'intervention visant à stimuler les dimensions du développement qui sont à surveiller ou à risque (Vézina, 2005).

Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales est un organisme de liaison et de transfert en innovation sociale financé par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie qui a pour mission de favoriser une plus grande utilisation des résultats de la recherche psychosociale par les milieux de pratique et les collectivités. De cette façon, il contribue à l'élaboration, à la diffusion et à l'implantation des meilleures interventions psychosociales (www.clipp.ca).

Lorsque les auteurs de la GED se sont présentés au CLIPP, ils ont dû répondre à plusieurs questions sur la pratique proposée par leur outil :

1. Est-ce que l'outil s'appuie sur des données scientifiques ou des fondements théoriques solides?

La GED s'appuie sur le fait bien établi qu'il existe un lien entre le développement des habiletés cognitives, motrices et sociales des jeunes enfants et leur fonctionnement ultérieur. Il est donc important d'intervenir tôt pour prévenir les problématiques à long terme (Vézina, 2005). De plus, pour chacun des niveaux d'âge, les items répertoriés dans chacune des échelles s'inspirent de plusieurs instruments de mesure validés et normalisés tels que le *Bayley Scales of Infant Development* (Bayley, 1993), le *Stanford-Binet Intelligence Scales* (Roid, 2003) et le *Denver Development Screening Test* (Frankenburg *et al.*, 1973).



GED

GRILLE D'ÉVALUATION DU
 DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

2. Cet outil répond-il à un réel besoin de la clientèle visée?

L'outil GED a été développé à la suite d'une demande du centre jeunesse de Montréal qui voulait un instrument, de langue française, simple et facile à utiliser pour évaluer rapidement le développement des enfants âgés entre 0 et 5 ans qui étaient admis dans leur service. De plus, tous les intervenants devaient être en mesure de l'utiliser, et ce, peu importait leur formation. En cours de route, les auteurs ont réalisé qu'il pourrait également intéresser les intervenants de première ligne du réseau de la petite enfance et des centres de santé et de services sociaux.

3. L'instrument de mesure est-il validé? Est-il normalisé?

La GED possède d'excellentes caractéristiques psychométriques. En effet, l'outil a été validé auprès de 264 enfants québécois. Il a une bonne validité convergente avec le *Bayley Scales of Infant Development* et le *Stanford-Binet Intelligence Scales*. Il a une bonne fidélité estimée par la méthode d'accord interjuge et par la méthode test-retest. Enfin, l'analyse de la cohérence interne démontre une excellente cohérence des échelles.

Grâce à une étude de normalisation effectuée par le CLIPP en 2010, les limites supérieures et inférieures de chacune des zones (confort, à surveiller et à risque) ont été définies. L'échantillon étant composé de 859 enfants provenait de dix régions administratives du Québec.

4. Quelles sont les retombées attendues de cet outil?

Les retombées réelles de cet outil sont démontrées par le fait que plusieurs enfants sont référés à des services spécialisés après la passation de la GED. Grâce à cet outil, entre autres, il est possible de mettre en place des interventions permettant à l'enfant de travailler sur les éléments les plus problématiques de son développement.

5. Est-ce une pratique innovante? Si une pratique similaire existe déjà, quelle est sa valeur ajoutée?

Plusieurs outils permettent d'évaluer le développement des enfants âgés entre 0 et 5 ans, mais l'outil GED possède des avantages certains. Il est facile à utiliser et à interpréter; son administration est rapide. De plus, il possède de bonnes qualités psychométriques et est peu coûteux. Enfin, contrairement à d'autres, il est accessible à l'ensemble des intervenants et ne nécessite pas une formation académique particulière. Il s'agit donc d'une pratique innovante, développée, produite et distribuée au Québec.

Dans le cas d'un programme de prévention ou d'intervention, une question s'ajoute à celles mentionnées précédemment, à savoir s'il s'agit d'un programme de prévention ou si cette pratique a fait l'objet d'une évaluation de la mise en œuvre et des effets.

La diffusion des résultats de la recherche

Afin d'assurer le transfert d'une pratique à l'ensemble des intervenants susceptibles de s'y intéresser, il est important de prendre en compte plusieurs éléments. Pour ce faire, le CLIPP s'est doté d'un modèle logique (Berthelette *et al.*, 2012) qui présente les principales étapes du transfert de connaissances. En voici une brève description¹.

Le processus de transfert de connaissances commence d'abord par l'identification des caractéristiques et des besoins de la clientèle ciblée par la pratique. Le rôle de la directrice de projets est de rassembler les chercheurs et les milieux d'intervention afin d'assurer un arrimage adéquat entre les besoins et les caractéristiques spécifiques des milieux et les impératifs scientifiques et théoriques. Ces échanges permettent de prendre des décisions concernant le contenu et la forme des connaissances à transférer et de déterminer les modes de diffusion et d'accompagnement à privilégier.

Comme directrice de projets, je dois être à l'écoute des besoins des milieux utilisateurs et être créative afin d'encourager l'utilisation des meilleures pratiques. Ma formation de psychoéducatrice m'aide grandement dans mon travail. Comme quoi cette profession offre un éventail de possibilités! ■

Références

Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (2^e éd.). San Antonio, TX : Psychological Corporation.

Berthelette, D., Briand-Lamarche, M. et Dupuis, G. (2012). Transfert des connaissances vers les milieux de pratique psychosociaux : les questions à documenter selon le CLIPP. Dans C. Dagenais et E. Robert (dir.), *Le transfert de connaissances dans le domaine social* (p. 153-163). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Frankenburg, W.K., Dodds, J.B. et Fandal, A.W. (1973). *Denver Developmental screening test*. Denver, CO : University of Colorado.

Roid, G.H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales* (5^e éd.). Itasca, IL : Riverside.

Vézina, N. (2005). *Élaboration et validation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal, Montréal.

1. Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre au www.clipp.ca/modèle-logique-du-clipp.html.

L'innovation sociale dans la pratique psychoéducative

Jean-Yves Bégin, ps.éd. et Jonathan Bluteau, ps.éd., chargés de cours, doctorants en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

L'une des caractéristiques de notre société est le besoin de créer et d'innover. Lorsqu'il est question d'innovation, nous faisons surtout référence au monde des affaires ou de l'économie, car leur impact a un effet direct sur les produits de consommation ou sur le bien-être des humains. Depuis les années 1970, dans le monde psychosocial, l'emploi du concept « innovation » prend de plus en plus de place dans le discours des scientifiques. L'émergence de ce concept s'accompagne d'une absence de consensus sur ce qu'est une innovation sociale et comment cette dernière s'articule dans les organisations (Pol et Ville, 2009). Chose certaine, dans leur quotidien, bon nombre de psychoéducateurs font de l'innovation sociale, et ce, sans même peut-être le savoir. Nous n'avons qu'à penser à ceux qui élaborent des programmes d'interventions spécifiques pour une problématique soulevée par un milieu. Les lignes qui suivent dressent une synthèse des rudiments associés à l'innovation sociale, en passant par ses différentes phases et les conditions gagnantes pour une diffusion optimale.

Définitions et phases d'une innovation sociale

Au Québec, le Réseau québécois en innovation sociale (RQIS) définit l'innovation sociale comme étant toute approche, pratique, intervention ou encore tout produit ou service novateur ayant trouvé preneur sur le plan des institutions, des organisations ou des communautés et dont la mise en œuvre résout un problème, répond à un besoin ou à une aspiration (Rollin et Vincent, 2007). Une innovation ne tient pas exclusivement à l'application de nouvelles idées pour résoudre un problème. Elle peut aussi provenir d'adaptations ou de restructuration d'idées ou de solutions déjà existantes qui seront appliquées à des domaines différents (Gouvernement du Canada, 2010).

Selon Rollin et Vincent (2007), l'innovation sociale passe par quatre phases dont le point de départ est l'*émergence*. À cette première phase, les acteurs concernés se regroupent pour bien identifier la problématique. Ils investiguent des pistes de solution afin d'élaborer une pratique novatrice dans le but d'y remédier. L'élaboration de la pratique novatrice se fait généralement de trois façons : 1) en créant ou en inventant une nouvelle pratique, 2) en adaptant une pratique déjà existante, 3) en s'inspirant de résultats probants issus du monde de la recherche. Une fois élaborée, cette pratique novatrice fait l'objet d'une *expérimentation*. Cruciale, cette deuxième phase peut s'échelonner sur une courte ou une longue période, selon l'ampleur du projet, l'effectif des acteurs impliqués et la nature des sujets bénéficiaires. Entre autres, l'expérimentation a pour objectif d'implanter la pratique novatrice afin de valider

l'adéquation de ses effets. De plus, elle permettra d'apporter, éventuellement, des ajustements qui répondront davantage aux besoins exprimés par les acteurs du milieu. L'expérimentation se fait de façon formelle lorsqu'elle implique l'implantation rigoureuse de la pratique novatrice dans un milieu d'intervention et l'évaluation de ses résultats dans un cadre universitaire ou gouvernemental. Ce type d'expérimentation permet de modéliser théoriquement la pratique novatrice de manière à bien comprendre sa dynamique dans le milieu d'implantation. L'expérimentation peut aussi se faire de façon informelle. Dans ces conditions, elle est le résultat d'une méthode de type essai-erreur. On y observe plutôt les résultats issus de l'implantation afin d'adapter la pratique et de procéder aux ajustements en fonction des observations. Ces deux méthodes d'expérimentation, formelle et informelle, ne sont pas appliquées de manière exclusive et sont, la plupart du temps, étroitement liées. En effet, il n'est pas rare qu'une expérimentation informelle devienne formelle par l'implication d'un chercheur qui se joint au projet en cours.

Lorsque l'expérimentation d'une pratique novatrice s'avère concluante, la phase suivante en est une d'*appropriation*. Si celle-ci se situe à une échelle locale ou organisationnelle, elle se nomme appropriation proximale. Avec le temps, la pratique novatrice peut s'étendre à grande échelle à d'autres régions ou organisations. Chose certaine, ce n'est qu'une fois intégrée par les acteurs d'un milieu que la pratique novatrice peut enfin être qualifiée, selon la définition évoquée, d'innovation sociale. La dernière et quatrième phase est celle de l'*alliance*, du *transfert* et de la *diffusion*. Cette phase ne se présente pas tout à fait comme les trois autres. En fait, l'ensemble des activités qui se déroulent durant la mise en place de l'innovation sociale constitue les opérations de cette dernière phase. Tout au long du processus, et particulièrement durant la phase expérimentale, des alliances se créent entre des acteurs de différentes allégeances (partenaires de soutien, bailleurs de fonds, chercheurs, etc.). Celles-ci permettent le transfert et la diffusion de l'innovation sociale. La diffusion informelle repose sur les rencontres entre acteurs de plusieurs domaines. Quant à la diffusion formelle, elle se fait par la présentation du projet lors d'événements (colloques, conférences), dans le cadre de publications ou par le biais des médias. Enfin, les différentes alliances et tout le processus de diffusion de l'innovation sociale amènent, ultimement, un transfert de celle-ci dans d'autres milieux. Ce transfert s'opère à l'aide de la modélisation du projet effectuée lors d'une expérimentation formelle et est facilité par un centre de liaison ou le milieu universitaire.

Les quatre phases d'une innovation sociale suivent une trajectoire itérative. Les différentes alliances au cours du processus et l'expérimentation de la pratique novatrice auront des impacts qui nécessiteront des ajustements. Ultérieurement, ces ajustements feront l'objet d'une autre expérimentation. Ce mouvement continu entre les différentes phases est essentiel. Il donne un caractère dynamique et évolutif à l'innovation sociale.

Les conditions gagnantes pour l'innovation sociale

Les principaux éléments pour faciliter l'appropriation et la diffusion d'innovations sociales reposent sur le caractère participatif d'une collectivité et la présence de *champions*, des agents de changement (Rogers, 2003). La participation de l'ensemble des acteurs est essentielle à chaque étape du processus d'innovation sociale. Ceux-ci doivent être consultés et actifs dans les prises de décision liées aux enjeux du projet novateur (Rollin et Vincent, 2007). Outre ces aspects participatif et collectif, plusieurs autres conditions, favorables et défavorables, doivent être prises en considération afin que l'innovation sociale soit optimale. Le tableau 1 résume ces principales conditions.

Les concepts d'innovation et de champions ne sont apparus que très récemment dans le champ de l'intervention psychosociale. Les champions représentent des personnes clés dont le rôle consiste à promouvoir une activité ou un projet d'innovation en vue de son acceptabilité au sein d'une organisation (Roure, 2000). Toute personne d'une organisation qui a une contribution significative au processus d'innovation et qui en favorise l'avancée peut être qualifiée de champion. Sa participation se mesure par le changement des pratiques et des mœurs de son organisation. Selon Roure (2000), la contribution des champions au succès des innovations s'examine en fonction de deux axes : 1) l'aptitude des champions à permettre la réalisation d'un projet d'innovation et 2) leur capacité à faire accroître les chances de succès du projet. Les champions n'occupent pas une place précise dans l'organigramme. Ils sont plutôt choisis pour leurs caractéristiques personnelles susceptibles d'influencer les acteurs du milieu dans lequel l'innovation se met en place. Toujours selon Roure (2000), deux caractéristiques clés des champions doivent ressortir du lot : leur capacité de pouvoir décisionnel et leur connaissance de la culture de leur milieu. En présence de résistances face à la nouveauté, ces caractéristiques seront favorables à l'implantation du projet novateur dans l'organisation et, ultimement, à son appropriation.

À la lumière de ces notions, tout indique que le psychoéducateur, en raison de ses compétences professionnelles, est un élément clé dans une organisation pour favoriser le développement ou l'implantation d'un projet d'innovation sociale. Que ce soit dans sa pratique professionnelle ou dans le cadre d'un projet de recherche universitaire, il est un acteur important pour favoriser des changements dans les pratiques et les mœurs à l'intérieur des milieux d'intervention. ■

Tableau 1

Conditions favorables et défavorables pour l'appropriation d'une innovation sociale

Conditions favorables

- Gestion participative
- Approche partenariale
- Multidisciplinarité
- Création d'alliance
- Leadership, crédibilité et charisme des acteurs principaux
- Vision commune du projet
- Esprit de solidarité
- Créativité
- Complicité des valeurs partagées
- Souci pour la pérennité du projet
- Ouverture de la communauté et de l'organisation
- Prise de risque
- Contexte de recherche-action

Conditions défavorables

- Choc des cultures dans le travail en partenariat
- Intérêts divergents dans le processus
- Réticence de certains acteurs
- Engagement variable des acteurs
- Manque de connaissances et de compétences
- Difficulté à gérer les risques
- Manque de ressources et de financement
- Manque de flexibilité des structures hiérarchiques
- Conservatisme de certains milieux
- Échéanciers variables
- Méconnaissance de certains milieux d'intervention

Note : Ce tableau est une adaptation de Rollin et Vincent (2007).

Références

Gouvernement du Canada. (2010). *Dialogue sur l'innovation sociale. Résumé de la table ronde internationale sur l'innovation sociale* (18 mars 2010). Récupéré du site du projet de recherche sur les politiques : <http://www.horizons.gc.ca/sites/default/files/Publication-alt-format/2010-0047-fra.pdf>.

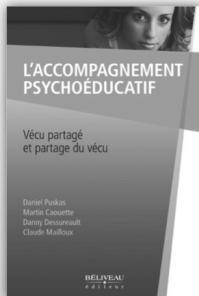
Pol, E. et Ville, S. (2009). Social innovation: buzz word or enduring term? *The Journal of Socio-Economics*, 38, 878-885.

Rogers, M.E. (2003). *Diffusion of innovations* (5^e éd.). New York : Free Press.

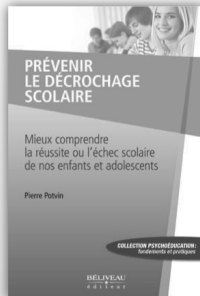
Rollin, J. et Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec*. Québec : Réseau québécois en innovation sociale.

Roure, L. (2000). Les caractéristiques des champions : déterminants et incidence sur le succès des innovations. *Recherche et applications en marketing*, 15(2), 3-19.

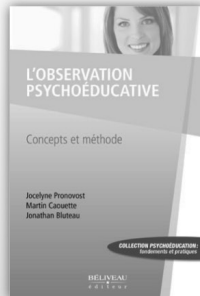
Toutes les ressources pour les psychoéducateurs!



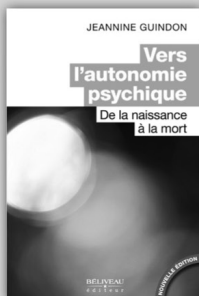
Modèle de référence pour les psychoéducateurs dans leur accompagnement clinique



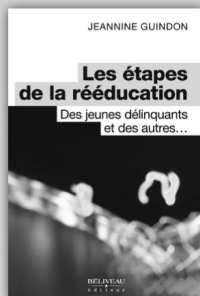
Pistes d'orientation de l'intervention et les outils de soutien à l'intervention – sites Internet, outils de dépistage...



Importance de l'observation dans le processus d'évaluation. Observation participante et processus adaptatifs.



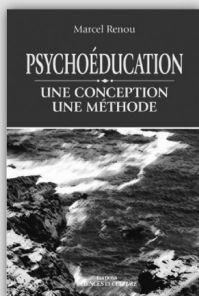
Pour spécialiste en psychopathologie, en psychothérapie, pour éducateurs et pour tout être humain responsable de son propre cheminement.



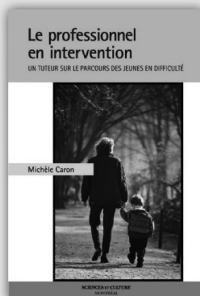
Une véritable étude psychopédagogique, à la fois scientifique et pratique, des étapes de la rééducation.



Points de repère théoriques et pratiques pour professionnels sur le terrain, gestionnaires et formateurs



Notions de discipline, d'approche, de champ de pratique, de méthode, de formation et de profession



Histoire de la psychoéducation avec synthèse des différents concepts et aperçu de quelques approches cliniques utilisées.



Récit de vie passionnant qui s'adresse aux parents, aux intervenants, aux enseignants et même aux médecins.

Renouer avec ses classiques

Journée de formation continue 2014
Vendredi le 30 mai, à Longueuil



La journée de formation continue 2014

invite les psychoéducateurs à renouer avec leurs « classiques » : observation participante, vécu partagé, interaction personne-environnement, analyse fonctionnelle des comportements. Enracinées dans l'histoire de notre profession, ces composantes de l'évaluation psychoéducative méritent une lecture actualisée, en accord avec les conditions de pratique existantes. Des ateliers seront proposés en ce sens, lesquels apparaîtront dans le programme détaillé qui sera bientôt disponible sur le site de l'Ordre.

TDAH

UNITÉ D'ÉVALUATION & TRAITEMENT
DU TDAH ADULTE

WWW.TDAHADULTE.CA

Formation professionnelle

L'intervention en contexte individuel, conjugal et familial auprès d'adultes souffrant d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

PROBLÉMATIQUE

Les études révèlent que 5% de la population adulte vivrait avec un TDAH. De ce nombre, plus de la moitié ignorent qu'ils en sont atteints. Les comorbidités étant nombreuses pour cette population clinique, plusieurs adultes atteints du TDAH se retrouveront face à un intervenant pour traiter de l'anxiété, un trouble de l'humeur ou des difficultés conjugales, par exemple, sans savoir que le TDAH est la cause sous-jacente à leur condition actuelle. Par ailleurs, très peu de formations au Québec sont offertes sur l'intervention auprès de cette clientèle. Les différents professionnels en santé mentale gagneraient en efficacité si certaines considérations cliniques inhérentes au TDAH à l'âge adulte étaient prises en considération lors de l'intervention.

OBJECTIFS

- ✓ Comprendre les particularités du TDAH à l'âge adulte et son impact sur l'environnement personnel, familial, social et professionnel du client;
- ✓ Identifier les principaux consensus actuels concernant les meilleures pratiques d'intervention auprès d'adultes TDAH en contexte individuel, conjugal et systémique;
- ✓ Connaître les particularités de l'intervention auprès d'adultes avec TDAH présentant d'autres comorbidités.



FORMATEUR

Le Dr Martin Pearson est psychologue et coordonnateur de l'Unité d'évaluation et de traitement du TDAH chez l'adulte. Il y occupe entre autres un mandat de psychologue clinicien qui intervient en contexte individuel, familial et systémique auprès d'une clientèle adulte ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). À titre de psychologue, il coanime avec d'autres intervenants (psychoéducateurs, omnipraticiens, psychiatres) des groupes de rencontres d'adultes ayant un TDAH et offre de nombreuses formations et conférences aux professionnels de la santé sur le TDAH à l'âge adulte. Le formateur utilise les approches systémique et cognitivo-comportementale pour intervenir auprès de cette clientèle. Il enseigne également depuis 2007 en milieu universitaire des cours touchant le développement cognitif humain.

Formation accréditée par l'OPQ

No. de reconnaissance: RA00686-13

DURÉE DE LA FORMATION

8h30 à 16h00
(6 heures de formation sur une journée)

LIEU ET DATES

Montréal 4 avril 2014 (Hôtel Universel)
Québec 11 avril 2014 (Château Bonne Entente)
Gatineau 25 avril 2014 (Hôtel Four points)
Sherbrooke 2 mai 2014 (Grand Times Hotel)
Saguenay 9 mai 2014 (Hôtel Delta)

COÛT

200,00\$
(Incluant 2 pauses café).
Le nombre de places est limité

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

www.TdahAdulte.ca/formation.html

Un répertoire des pratiques prometteuses en psychoéducation

Line Massé, Ph. D., ps.éd., professeure au département de psychoéducation et **Isabelle Saucier**, professionnelle de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

Depuis 2012, un nouveau répertoire est disponible dans la banque informatisée d'outils de l'Ordre : le répertoire des pratiques prometteuses. Ce répertoire a pour but de faire la promotion de nouvelles pratiques, en lien avec le champ d'exercice des psychoéducateurs, qui présentent une innovation par rapport aux approches connues pour aborder les problématiques rencontrées, au type de programmes élaborés ou aux services offerts. Il présente en priorité des pratiques développées par des membres de l'Ordre, notamment celles ayant remporté un prix de l'Ordre.

Les pratiques présentées dans le répertoire doivent répondre à au moins un critère d'évidence scientifique parmi les types de preuve. Selon le nombre de critères, elles sont par la suite classées dans une des trois catégories du répertoire, lesquelles s'inspirent de deux systèmes de catégorisation reconnus, soit celui de l'Union européenne et du California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2009).

Pour juger les pratiques, nous référons à trois types de preuve.

1) Les preuves concernant l'efficacité

La pratique doit avoir fait minimalement l'objet d'une évaluation au cours de laquelle ont été observés des effets bénéfiques sur la clientèle cible et aucun effet indésirable. Différents critères sont utilisés pour juger de la qualité des preuves avancées :

- l'appui de la pratique sur des concepts théoriques reconnus ou sur des principes d'intervention bien articulés et jugés acceptables;
- la présence d'un modèle logique de changement;
- l'utilisation de pré-test et de post-test;
- l'utilisation de groupe de comparaison : les ajustements statistiques pour rendre les groupes comparables, le type de recherche utilisé (quasi expérimental avec des groupes de comparaison de convenance, expérimental avec désignation au hasard, expérimental avec groupe placebo);
- la signification statistique : les seuils de signification ($p < 0,05$ versus $p < 0,01$ versus $p < 0,001$) et les résultats significatifs sur une mesure versus sur plusieurs mesures;
- la grandeur de l'effet (au moins 10 % d'un écart-type);
- la taille de l'échantillon (au moins 20 participants par groupe de comparaison);
- les résultats directs et indirects;
- les mesures prises pour contrôler le pourcentage d'attrition.

2) Les preuves concernant la transférabilité

Pour être jugée comme transférable, la pratique doit d'abord comporter un manuel qui décrit de façon détaillée son cadre théorique, les interventions ou les procédures utilisées, sa mise en œuvre ou encore ses activités. La réplication est ainsi facilitée. Plus



la pratique a été évaluée auprès d'échantillons différents avec succès, plus elle est jugée transférable.

3) Les preuves concernant le maintien des effets

Il s'agit de l'utilisation de mesures de suivi à court terme (au moins 16 semaines après le traitement) ou à moyen terme (un ou deux ans) qui démontrent le maintien des effets de la pratique dans le temps.

Les catégories de pratique du répertoire

À partir des critères énoncés, nous identifions trois catégories de pratique.

- 1) *La pratique émergente* : remplit au moins un des critères d'efficacité; il est possible d'observer des bénéfices, mais aucune évaluation de programme ou étude empirique ne vient appuyer ces bienfaits.
- 2) *La pratique prometteuse* : remplit au moins un des critères pour chacun des types de preuve; cette pratique est appuyée par au moins une évaluation de programme qui fait ressortir les bienfaits de cette pratique sur la clientèle ciblée.
- 3) *La pratique bien supportée par des données probantes* : remplit plusieurs critères concernant l'efficacité, la transférabilité et le maintien des effets; plusieurs études scientifiques montrent des bénéfices pour la clientèle auprès de laquelle elle est appliquée.

L'élaboration du répertoire de pratiques en est à ses premiers pas. L'objectif est de répertorier au moins quatre nouvelles pratiques par année, qu'elles entrent dans l'une ou l'autre des catégories. Nous vous invitons à soumettre des propositions de pratiques prometteuses à projet.ordrepesd@uqtr.ca et à visiter ce nouveau répertoire. ■

Référence

The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2009). *The Scientific Rating Scale* : <http://www.cebc4cw.org/ratings/scientific-rating-scale/>.

Favoriser l'engagement des parents dépendants dans un programme d'intervention familiale

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Myriam Laventure, Ph. D., ps.éd., professeure et **Krystel Boisvert**, ps.éd., doctorante en psychoéducation, département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Au Québec, 38 % des adultes en traitement pour un problème de dépendance sont parents d'enfants de 17 ans ou moins (Bertrand, 2006). Lors de l'évaluation, 20 % des parents manifestent un besoin d'aide en regard de leur rôle de parent (30 % des mères et 15 % des pères) (Bertrand, 2006). Les difficultés liées à la dépendance aux substances entraînent une pression considérable sur la capacité des parents à procurer à leurs enfants les soins minimaux nécessaires à leur développement (Bertrand, 2006). Afin de les soutenir dans l'exercice de leur rôle parental, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) apparaissent prometteurs auprès de cette clientèle (Garvey *et al.*, 2006). Encore faut-il réussir à rejoindre les parents dépendants qui en ont réellement besoin.

Notre étude, réalisée dans le cadre du programme 6-12, un PEHP développé spécifiquement pour les parents dépendants, (Bertrand *et al.*, 2012) démontre que 29 % des parents ayant une consommation problématique invités à y participer refusent d'emblée. Par ailleurs, 53 % des parents qui avaient d'abord accepté de participer ne se présentent pas à l'évaluation initiale. Si tous les parents s'étant présentés à l'évaluation initiale assistent à la première rencontre, 19 % d'entre eux ne terminent pas le programme. Il semble donc difficile de recruter et de maintenir engagés les parents dépendants dans un PEHP.

Pour mieux comprendre l'engagement dans un PEHP, trois facteurs principaux doivent être considérés (Spoth *et al.*, 2000) : 1) les bénéfices perçus par le parent à participer au programme, 2) la satisfaction liée à l'aide antérieure reçue pour les pratiques parentales et 3) les barrières logistiques (p. ex., monétaires ou temporelles) entravant la participation. Au-delà de ces facteurs, les attitudes de l'intervenant compteraient pour 30 % du succès d'une intervention alors que 15 % du succès serait associé aux techniques utilisées (Miller *et al.*, 1997). Ainsi, la qualité de la relation intervenant/parent ainsi que sa connaissance du PEHP offert sont des facteurs pouvant affecter le recrutement et la rétention des parents (Bloomquist *et al.*, 2009).

Le simple fait d'offrir un PEHP dans une organisation ne peut garantir qu'un parent y participera et qu'il bénéficiera de ses effets (Whittaker et Cowley, 2012). Un programme préconisant la présence de l'enfant au groupe (Jensen et Grimes, 2010; Laventure *et al.*, inédit) et s'accompagnant de stratégies incitatives (repas, frais de déplacement, garderie pour les autres enfants de la famille) favorisera l'engagement des parents tout au long du pro-

cessus (Kumpfer et Alder, 2003). Ainsi, lors du recrutement des parents, l'intervenant devra anticiper les potentielles barrières logistiques en proposant des stratégies permettant de réduire ou d'enrayer les conséquences négatives associées à la participation. De plus, lorsque le programme sera amorcé, l'intervenant devra demeurer à l'affût des événements de vie et des changements dans les ressources de la famille pouvant faire obstacle à sa participation, des irritants associés au programme et du niveau de satisfaction du parent quant au contenu du PEHP. L'engagement des parents dépendants à un PEHP est d'autant plus important que, une fois complété, les parents reconnaissent les retombées positives du programme sur leur famille (Laventure *et al.*, inédit). ■

Références

- Bertrand, K. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal : ACRDQ.
- Bertrand, K., Nadeau, L. et Flores-Aranda, J. (2012). Femmes, toxicomanie et inadaptation sociale grave : l'intégration des services au long cours. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 131-158). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bloomquist, M.L., Horowitz, J.L., August, G.J., Lee, C.S., Realmuto, G.M. et Klimes-Dougan, B. (2009). Understanding parent participation in a going-to-scale implementation trial of the early risers conduct problems prevention program. *Journal of Child and Family Studies*, 18(6), 710-718.
- Garvey, C., Julion, W., Fogg, L., Kratovil, A. et Gross, D. (2006). Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Research in nursing & health*, 29(3), 212-222.
- Jensen, S.A. et Grimes, L.K. (2010). Increases in parent attendance to behavioral parent training due to concurrent child treatment groups. *Child Youth Care Forum*, 39(4), 239-251.
- Kumpfer, K.L. et Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. Dans Z. Sloboda et W.J. Bukoski (dir.), *Handbook of drugs abuse prevention* (p. 75-119). New York : Springer.
- Laventure, M., Bertrand, K., Boisvert, K. et Auger, P. (document inédit). *Programme d'entraînement aux habiletés parentales : motivations et caractéristiques associées à l'engagement de parents dépendants*.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. et Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. Norton : W.W. Norton & Company.
- Spoth, R., Redmond, C. et Shin, C. (2000). Modeling factors influencing enrollment in family-focused preventive intervention research. *Prevention Science*, 1(4), 213-225.
- Whittaker, K.A. et Cowley, S. (2012). An effective programme is not enough: a review of factors associated with poor attendance and engagement with parenting support programmes. *Children & Society*, 26, 138-149.

Les activités de loisir organisées et l'adaptation psychosociale à l'adolescence : mieux comprendre les mécanismes explicatifs



Anne-Sophie Denault, Ph. D., professeure, département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval

Les chercheurs s'intéressent de plus en plus à la participation à des activités de loisir organisées comme contexte de développement positif à l'adolescence (Mahoney *et al.*, 2009). Les sports, les arts (danse, théâtre, peinture) et les clubs de jeunes (scouts, politique étudiante, bénévolat) représentent des exemples de loisirs organisés. Ces activités se caractérisent par la présence d'un responsable adulte, par une fréquence de participation régulière et se déroulent généralement en groupe. Elles mettent aussi l'accent sur le développement d'habiletés et comportent des règles de conduite. Elles peuvent être offertes à l'école en dehors des heures de classe ou dans la communauté. Point important, la décision de participer à ces activités est généralement volontaire. Les adolescents vont choisir les activités auxquelles ils désirent participer selon leurs propres intérêts.

Un grand nombre de recherches empiriques ont été menées au cours des deux dernières décennies sur les effets associés à la participation à des loisirs organisés. De façon générale, les résultats de ces études révèlent que la participation à de telles activités prédit une meilleure adaptation psychosociale chez les adolescents, notamment en ce qui concerne les problèmes intériorisés et extériorisés (Farb et Matjasko, 2011). Cependant, peu d'études ont tenté d'élucider les mécanismes susceptibles d'expliquer pourquoi les adolescents retirent des bénéfices de leur participation. De plus, peu d'études ont examiné si ces mécanismes sont les mêmes chez les adolescents qui présentent ou non des difficultés psychosociales.

Ces deux limites ont motivé la mise en place d'un programme de recherche axé sur les mécanismes associés à la participation à des loisirs organisés. Grâce au soutien du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture et du Conseil de recherche en sciences humaines, 37 activités scolaires et communautaires ont été échantillonnées (n = 427 adolescents). Les mécanismes

ont été évalués par l'entremise d'une tâche d'observation filmée et de questionnaires auprès des adolescents et des responsables de l'activité. Ceux-ci incluent le climat général de l'activité, les pratiques éducatives du responsable, les apprentissages individuels ainsi que la relation développée avec le responsable et les pairs de l'activité. Les indicateurs d'adaptation incluent, entre autres, les problèmes extériorisés et les symptômes dépressifs.

Les analyses préliminaires révèlent que les adolescents qui présentent des difficultés psychosociales ne retirent pas les mêmes expériences de leur participation à des loisirs organisés que les adolescents qui ne présentent pas de telles difficultés. Par exemple, sur le plan social, les adolescents à risque de délinquance et de dépression rapportent recevoir moins de soutien et d'encouragement de la part du responsable, alors que les responsables rapportent fournir moins de soutien et d'encouragement aux adolescents à risque d'agression. De plus, les responsables rapportent que les adolescents à risque de dépression sont moins bien intégrés dans le groupe de pairs de l'activité. Comme à la maison et à l'école, ces résultats suggèrent que les adolescents en difficulté pourraient également vivre moins d'expériences positives dans ce contexte de développement. Les analyses futures tenteront de mieux cerner si les expériences différentielles vécues dans le contexte de l'activité sont associées à l'adaptation ultérieure des adolescents, et ce, en tenant compte de leur niveau de difficulté. ■

Références

- Farb, A.F. et Matjasko, J.L. (2011). Recent advances on research in school-based extracurricular activities and adolescent development. *Developmental Review*, 32(1), 1-48.
- Mahoney, J.L., Lowe Vandell, D., Simpkins, S. et Zarrett, N. (2009). Adolescents out-of-school activities. Dans R. Lerner et L. Steinberg (dir.), *Handbook of adolescent psychology: contextual influences on adolescent development* (3^e éd., vol. 2, p. 228-296). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons.

Recherche exploratoire sur les facteurs de protection pour le maintien en emploi des intervenants en internat d'un centre jeunesse



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

Cynthia Blais, Ph. D., ps.éd. et **Marie-Hélène Poulin**, Ph. D., ps.éd., professeures en sciences du comportement et chercheuses à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Actuellement, les centres jeunesse sont confrontés à une problématique qui pourrait, à moyen terme, affecter grandement la qualité des services en internat. En effet, les taux élevés d'absentéisme au travail aggravent le fardeau des équipes, et ce, particulièrement dans un climat de pénurie de personnel (Direction générale du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, 2007). Conséquemment, les dirigeants des services concernés sont confrontés aux défis, non seulement d'attirer un personnel qualifié, mais aussi à celui, plus important encore, de maintenir en poste ces personnes. Il est entendu que cette mobilité du personnel a des répercussions directes sur la portée même des services qui exigent de par leur nature une stabilité auprès des résidants. L'enjeu entourant la stabilité du personnel auprès de la clientèle est central, lorsqu'on vise une meilleure réadaptation psychosociale, car la création d'un lien thérapeutique est essentielle avec ces jeunes qui ont, pour la plupart, déjà vécu de nombreuses ruptures de liens affectifs. Pour que ce lien entre le jeune et l'intervenant devienne significatif, il faut que la dyade puisse vivre des moments de vécu partagé intenses et répétés, et ce, sur une période prolongée.

Il est largement reconnu, dans différents milieux d'intervention au Québec, que l'intervenant est un des agents actifs les plus importants de l'efficacité d'une intervention. L'intervention psychoéducative cherche à favoriser les interactions appropriées, ou socialement acceptables, entre la personne en difficulté et son milieu, dans le but de trouver un équilibre dynamique entre ses capacités et son environnement (Gendreau, 2001). L'intervenant sert de modèle afin que la personne en difficulté puisse être témoin d'échanges respectueux, harmonieux et cohérents entre les membres de l'équipe d'intervenants et entre les intervenants et les jeunes. Sans l'intervenant, il n'y aurait pas de milieu thérapeutique non plus que de vécu éducatif partagé, qui représente cet espace privilégié

où l'intervenant est en contact direct avec le groupe de jeunes dans tous les moments de vie (Gendreau, 2001). Il est donc important de miser sur l'intervenant, car celui-ci joue un rôle primordial dans la réadaptation de la personne en difficulté (Gendreau, 2001). Selon Pazaratz (2007), le rôle de l'intervenant en intervention résidentielle est d'être un modèle d'authenticité et d'empathie. Il est aussi un modèle d'ordre et de structure puisqu'il se doit aussi de mettre des limites comportementales claires et congruentes, tout en ayant une attitude d'acceptation positive inconditionnelle de l'individu en difficulté. À travers ces interactions, l'intervenant est capable de reconnaître les effets des comportements de l'autre et de comprendre comment les résidants et ses collègues l'affectent (Pazaratz, 2000). Mais, ce n'est pas seulement l'intervenant individuellement qui est important, c'est l'équipe en tant « qu'entité thérapeutique » (Pazaratz, 2007). Nous proposons donc d'explorer les facteurs de protection dans le maintien à l'emploi des intervenants en internat. Afin de rencontrer cet objectif deux objectifs secondaires sont poursuivis : 1) déterminer le rôle des facteurs reliés au milieu de travail et 2) déterminer le rôle des facteurs individuels. Les retombées de ce projet devraient permettre de mieux soutenir les intervenants en internat afin de favoriser leur stabilité et leur maintien en emploi. ■

Références

Direction générale du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (2007). *Orientations 2008-2012 et plan d'organisation*. Rimouski : Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Éditions Sciences et culture.

Pazaratz, D. (2000). Youth worker job description and self-evaluation compendium. *Residential Treatment for Children and Youth*, 18, 57-74.

Pazaratz, D. (2007). *Residential treatment of emotionally disturbed children and adolescents: An integrative approach* (2^e éd.). Ontario : WYYS Press.

LA CSMB S'ACCROÎT

PSYCHOÉDUCATEUR(TRICE)S

Souhaitez-vous jouer un rôle clé dans le développement des enfants ?

Nous sommes toujours à l'affût de personnes talentueuses et novatrices.

Membre en règle de l'OPPQ, vous saurez conseiller adéquatement le personnel cadre, enseignant et professionnel de nos établissements pour l'implantation, le développement et l'évaluation des programmes d'enseignement.

À la CSMB, vous apprécierez :

- le programme de perfectionnement,
- le travail au sein d'une équipe multidisciplinaire,
- les rencontres mensuelles avec tou(te)s les psychoéducateur(trice)s,
- ne jamais travailler le soir et la fin de semaine (horaire de jour seulement).

Pour de plus amples renseignements sur la CSMB et pour la description complète de ce poste, visitez le www.csmb.qc.ca/emplois.

Faites parvenir votre curriculum vitæ, en mentionnant le **numéro de référence OPPQ-MAR14**, le plus rapidement possible, par courriel à cvpne@csmb.qc.ca.



Commission scolaire
Marguerite-Bourgeoys,
**c'est bien plus qu'un emploi,
C'EST VOTRE AVENIR !**

La CSMB remercie tous les candidats de leur intérêt. Toutes les candidatures seront traitées confidentiellement. Veuillez prendre note que seules les personnes dont la candidature aura été retenue seront contactées.



La CSMB applique un programme d'accès à l'égalité en emploi et invite donc les femmes, les autochtones, les membres des minorités visibles, des minorités ethniques et les personnes handicapées à soumettre leur candidature.

Pratiquer auprès de personnes atteintes d'une démence dégénérative

Audrey Lapierre, psychoéducatrice, Groupe Champlain, Centre d'hébergement Marie-Victorin

Après avoir fait deux stages auprès de personnes âgées dans des unités spécifiques et prothétiques de centres d'hébergement, j'exerce la psychoéducation dans ce milieu d'intervention. J'y ai découvert un nouveau sens à donner à ma profession. Je travaille auprès de personnes âgées, plus particulièrement auprès de celles qui souffrent d'une démence dégénérative. À leur contact, j'en suis venue à me demander comment adapter la psychoéducation à cette clientèle souvent méconnue dans notre champ de pratique. Comment considérer l'idée de réadaptation, omniprésente en psychoéducation, avec une clientèle en perte continue de capacités sur le plan cognitif (mémoire, compréhension, jugement, etc.)?

Travailler avec cette clientèle m'a amenée à reconsidérer l'idée de réadaptation et à parler plutôt de maintien des acquis et de stimulation. J'ai eu l'occasion, au cours de la dernière année, de créer un programme d'activités pour des personnes à un stade souvent avancé de la maladie d'Alzheimer. L'une des activités imaginées se base sur leur histoire de vie; elle consiste à arrimer le métier antérieur ou les intérêts des résidents à un moment de vie permettant de stimuler leur mémoire procédurale. À titre d'exemple, une dame qui a œuvré dans l'alimentation est heureuse de participer à des ateliers de cuisine conçus pour ses capacités actuelles. Une autre dont l'intérêt principal est le chant a accès à un karaoké et à des chansons qu'elle apprécie. En me souciant de leur vécu et en m'intéressant à leur passé, je développe des activités et des outils basés sur leurs intérêts. Cela permet une meilleure adaptation de ma clientèle, et ce, dès son entrée à l'unité.

L'approche psychoéducative donne la possibilité d'accompagner les personnes en fin de vie en leur offrant un environnement de qualité. Dans cette optique, les schèmes relationnels propres à la profession s'avèrent d'une importance capitale. La considération, la disponibilité et l'empathie me permettent de respecter le rythme de ma clientèle et de personnaliser mes interventions en fonction de chaque résident. En ce sens, lorsqu'une résidente roumaine crie durant les repas, je communique avec sa famille afin de mieux la connaître et fournis au personnel des traductions de base dans sa langue d'origine. De cette façon, je respecte ses habitudes de recevoir un pain avec sa soupe et de boire un lait chaud ou une boisson au chocolat en soirée. Cela contribue à diminuer ses cris et à augmenter sa qualité de vie. Dans un autre ordre d'idées, si un résident mange peu aux repas, il pourra recevoir une collation avant ses soins, permettant ainsi d'assurer une meilleure réceptivité de sa part.

Dans mon travail, je suis appelée à prendre part aux rencontres interdisciplinaires, à exercer un rôle-conseil et à apporter du soutien à l'équipe en place. Mon rôle est de transmettre des



connaissances et un savoir-faire, en offrant de la formation et en accompagnant le personnel. À cet effet, je leur explique que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont non intentionnels et qu'ils constituent plutôt une réaction de défense à une situation incomprise. Cela permet de choisir l'intervention appropriée : contact visuel, gestuelle positive, sourire, pictogrammes, lexiques. Avec une clientèle dont la communication verbale, la compréhension et le jugement sont grandement affectés, adopter un langage non verbal positif et observer celui du résident sont nécessaires pour adapter l'intervention. Par exemple, un résident qui utilise son lavabo comme urinoir ne comprend pas que ce n'est pas le bon endroit pour uriner. Il a besoin que le personnel demeure souriant et le rassure, qu'il l'accompagne avec douceur et le fasse participer à ses soins d'hygiène pour lui donner plus de contrôle sur la situation.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence proviennent souvent d'un besoin à combler dont l'identification requiert une observation et une évaluation approfondies. La planification, l'organisation, l'animation, l'utilisation, l'évaluation post-situationnelle et la communication, compétences psychoéducatives, sont grandement appréciées dans les centres d'hébergement. Leur mise en application permet d'implanter des moyens concrets pour diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes âgées.

Travailler à améliorer la qualité de vie des personnes âgées est devenu une véritable passion pour moi. J'éprouve un attachement et un respect inconditionnel pour cette clientèle méconnue des psychoéducateurs. J'encourage mes pairs à découvrir ce milieu de pratique. ■

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal : un milieu à découvrir

Caroline Deshaies, psychoéducatrice en pratique privée, doctorante en sciences humaines appliquées, Université de Montréal

À l'été 2013, j'ai eu l'occasion, la chance dirais-je, de découvrir un nouveau milieu. Il s'agit du programme de neurologie de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM), pavillon Gingras. J'ai eu un coup de cœur pour l'équipe, pour les clients, pour l'établissement. C'est pourquoi j'ai décidé de profiter des *Pages ouvertes* du magazine pour vous les faire découvrir.

L'IRGLM est un hôpital qui se spécialise dans la réadaptation des individus ayant un handicap physique. Le programme de neurologie propose un processus de réadaptation spécialisé intensif à des patients présentant des incapacités sur les plans physique, cognitif et comportemental provoquées par un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme craniocérébral amenant une perte d'autonomie. Il vise à accompagner le patient dans le développement de capacités permettant de reprendre ses habitudes de vie et ses rôles sociaux. Puis, il donne au patient la possibilité d'entreprendre les adaptations nécessaires à sa nouvelle condition. Enfin, un accompagnement est offert aux familles pour comprendre la situation du patient et pour le soutenir.

À l'IRGLM, le client est au centre des priorités. Le personnel démontre une ouverture aux différences culturelles et l'équipe n'hésite pas à solliciter l'aide d'interprètes afin d'assurer la transparence et la qualité du service offert. Chacun des dossiers est

discuté de façon hebdomadaire en équipe interdisciplinaire et l'expertise de chacun des professionnels impliqués est reconnue et considérée dans l'orientation des interventions (p. ex., psychoéducatrice, ergothérapeute, nutritionniste, psychiatre et travailleur social).

Le fonctionnement des réunions est solidement établi, ce qui permet un roulement efficace, malgré la présence d'une dizaine de professionnels à la table. Les valeurs organisationnelles de responsabilisation, d'engagement, d'humanisme, de qualité de services et de collaboration sous-tendent les interventions. L'esprit d'équipe est manifeste et chacun des membres est important. La saine cohésion de l'équipe favorise l'intégration rapide de nouveaux membres. Il est aussi important de mentionner l'apport du personnel périphérique, soit les agentes administratives, les employés de l'informatique, les préposés à la vidéothèque, aux services audiovisuels et au centre de documentation ainsi que la chef de programme. Ces derniers contribuent tout autant au bon fonctionnement de l'établissement qu'à la qualité des services à la clientèle.

Pour terminer, je tiens à saluer le courage et la persévérance des patients de l'IRGLM. Malgré les traumatismes vécus, la douleur physique et psychique, ils trouvent la force de s'investir dans un long processus de réadaptation. Ils font appel à des capacités adaptatives insoupçonnées et donnent tout son sens au mot résilience. ■

EN AVRIL... surveillez vos courriels

car vous recevrez de la part de l'Ordre une invitation à répondre à une importante enquête sur vos habitudes et vos besoins de formation continue. Les réponses à ce questionnaire nous permettront de développer, au cours des prochaines années, un programme d'activités de formation continue mieux adapté à vos conditions de vie et à vos aspirations professionnelles. **Soyez nombreux à vous faire connaître!**



Votre assurance responsabilité? C'est réglé.



Fier assureur des membres de l'Ordre

Nous sommes là pour vous protéger dans l'exercice de vos activités professionnelles!

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question sur votre programme d'assurance.

1 800 644-0607
lacapitale.com/ordre-ppq



La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

Vous vous êtes investi sans compter.
Maintenant, économisez grâce à TD Assurance.



Vous pourriez GAGNER

60 000 \$ comptant
pour réaliser votre
cuisine de rêve*!

Les professionnels peuvent économiser plus.

Chez TD Assurance, nous sommes conscients du temps et des efforts que vous avez investis pour arriver là où vous êtes. C'est pourquoi, en tant que membre de l'Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec, vous bénéficiez de tarifs de groupe préférentiels et de divers autres rabais grâce au programme TD Assurance Meloche Monnex. Mieux encore, vous obtiendrez un service personnalisé et une protection adaptée à vos besoins. Demandez une soumission dès aujourd'hui et découvrez combien vous pourriez économiser.

Demandez une soumission dès aujourd'hui

1-866-269-1371

melochemonnex.com/oppq

Programme d'assurance recommandé par



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

HABITATION | AUTO | VOYAGE



Le programme d'assurances habitation et auto TD Assurance Meloche Monnex est souscrit par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Le programme est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. au Québec et par Meloche Monnex services financiers inc. dans le reste du Canada. Pour les résidents du Québec : nous sommes situés au 50, Place Crémazie, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

*Aucun achat n'est requis. Il y a un (1) prix à gagner. Le gagnant aura le choix entre une somme de 60 000 \$ CA qui servira à réaliser sa cuisine de rêve ou 60 000 \$ CA comptant. Le gagnant devra retenir les services du fournisseur de son choix et coordonner l'ensemble des travaux. Le concours est organisé par Sécurité Nationale compagnie d'assurance et Primum compagnie d'assurance. Peuvent y participer les membres ou employés et autres personnes admissibles qui sont résidents canadiens et qui appartiennent à un groupe employeur ou à un groupe de professionnels ou de diplômés ayant conclu un protocole d'entente avec les organisateurs, et qui, par conséquent, bénéficient d'un tarif de groupe. Le concours se termine le 31 octobre 2014. Le tirage aura lieu le 21 novembre 2014. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique. Les chances de gagner dépendent du nombre d'inscriptions admissibles reçues. Le règlement complet du concours est disponible à l'adresse melochemonnex.com/concours.

® Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.