

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
DAVID GRANGER

ANALYSE CRITIQUE D'ENJEUX RELATIONNELS SOULEVÉS DANS
L'INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE À DOMICILE

DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Carl Lacharité, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Vicky Lafontaisie, Ph.D.

Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Dans les dernières années, les différentes difficultés auxquelles fait face le système de santé et des services sociaux québécois ont mené vers des modifications de l'offre des soins et par le fait même, des pratiques professionnelles. Parmi ces nouvelles manières de faire se trouvent les soins de proximité, mais plus précisément l'intervention à domicile. Cette pratique innovante, bien que pertinente et efficace, n'est pas sans son lot de difficultés et de défis à relever. La complexité de l'intervention à domicile se trouve dans l'action et dans la manière de l'incarner, puisqu'elle sort des limites et cadres habituels de l'accompagnement professionnel, notamment dans le domaine de la psychologie. Une façon d'aborder cette complexité est de s'approcher des enjeux sous-jacents qui sont les révélateurs des défis d'une telle approche. En ce sens, l'objectif de cet essai se veut une analyse critique des atouts et exigences de l'intervention à domicile. Pour y arriver, une recension des écrits a été menée sur le sujet en utilisant la base de données *PsychInfo* en répertoriant les mots-clés suivants : *home-based therapy, in-home services, home care*. Il en est ressorti entre autres que l'intervention à domicile : augmente l'accessibilité aux soins, facilite l'évaluation psychosociale et favorise la création du lien de confiance. La relation de proximité qui se crée entre l'intervenant et les personnes accompagnées permet ces avantages. En revanche, l'intervenant semble confronter à un changement de paradigme qui lui demande de porter son identité professionnelle dans un contexte non balisé à l'avance, ce qui lui demande de gérer l'incertitude. L'intervention à domicile questionne donc la formation des professionnels et le soutien accordé aux équipes sur le terrain.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1. Démarche méthodologique.....	8
1.1 Présentation de la problématique.....	9
1.1.1 Quelques définitions et précisions	10
1.1.1.1 Enjeu.....	10
1.1.1.2 Soins de proximité.....	10
1.1.1.3 Personne accompagnée ou aidée	11
1.1.2 Historique et évolution des soins de proximité.....	11
1.1.3 Enjeux sociaux et politiques	15
1.1.3.1 La logique administrative.....	17
1.1.3.2 La logique médicale (modèle du <i>cure</i>).....	18
1.1.3.3 La logique clinique (modèle du <i>care</i>)	19
1.1.3.4 Impacts et difficultés sur l'intervention psychosociale	20
Chapitre 2. Enjeux soulevés par l'intervention à domicile	23
2.1 Notion de proximité.....	24
2.1.1 Figures dominantes de la proximité.....	25
2.1.1.1 Proximité intersubjective.....	26
2.1.1.2 Proximité expérientielle	26

2.1.1.3	Proximité spatiale	26
2.1.1.4	Proximité écosystémique.....	27
2.1.1.5	Proximité décisionnelle	27
2.1.2	Voies et visées de la proximité	28
2.2	Aspects globaux et fonctionnels de l'intervention à domicile.....	29
2.2.1	Le domicile : l'expérience d'être chez soi	30
2.2.2	Relations de proximité.....	31
2.2.3	Savoir-faire, savoir-être et valeurs humanistes.....	32
2.2.4	Bénéfices et défis	34
2.2.4.1	Favoriser la création d'un lien de confiance	35
2.2.4.2	Faciliter l'évaluation psychosociale	36
2.2.4.3	Atténuer la relation de pouvoir.....	37
2.2.4.4	Faciliter l'accessibilité aux soins.....	38
2.2.5	Accessibilité aux proches	38
	Chapitre 3. Quelques défis soulevés par l'intervention du psychologue à domicile	41
3.1	Changement de paradigme d'intervention.....	42
3.1.1	Rôle du psychologue.....	44
3.2	Enjeux éthiques	46
3.2.1	Cadre d'intervention	48
	Discussion	51
4.1	Comment porter son identité professionnelle de psychologue dans un contexte non balisé à l'avance et non familier?.....	52

4.2 Les compétences requises pour l'intervention à domicile: quels sont les implications pour la formation en psychologie?.....	54
4.3 Comment s'assurer d'affronter l'incertitude et d'éviter les dérives?	57
Conclusion	61
Références	65

Liste des tableaux

Tableau

1	Trois logiques existent au sein d'un même système	20
2	Principes éthiques et devoirs générés	48

Remerciements

La production de cet essai doctoral a demandé la collaboration de plusieurs personnes. Sans l'appui de ces personnes, je n'aurais pu compléter mon doctorat en psychologie. Je désire maintenant prendre le temps de les remercier chaleureusement.

Merci à monsieur Jean-Pierre Gagnier, pour sa direction remplie de respect et de bienveillance. La confiance que tu m'as témoignée et tes qualités de pédagogue m'ont assurément permis de terminer le travail et d'en sortir grandi. J'aimerais également remercier Lyson Marcoux. Bien que ton travail s'effectuait souvent dans l'ombre, tes conseils m'ont grandement aidé dans le processus de rédaction, merci!

Un remerciement particulier pour toi Guy. Fidèle mentor et partenaire de longue date, te côtoyer au quotidien a fait s'actualiser le potentiel qui dormait au fond de moi. Une grande part de ce diplôme te revient par ton apport indéniable et important dans mon cheminement des dernières années. Merci!

Merci à toi Jean-Christophe! Bien que tu sois arrivé dans les derniers miles de cette aventure, ta présence et ton soutien ont eu l'effet d'un second souffle m'aidant à franchir la ligne d'arrivée encore debout. Merci pour cet amour que tu me témoignes au quotidien.

À mon ami Luc, mon acolyte spirituel, merci! Les moments à discuter et à rire avec toi, sans compter les traitements énergétiques, auront été d'un grand ressourcement.

Un merci à Marie-Anne, Maude et la gang d'équilibre urbain. Votre amour et votre soutien incontestés, malgré ma baisse d'assiduité et mon absence des derniers mois, ont été précieux. Gang, je peux maintenant dire : CHECK!

Un merci à toi Marilyne, mon amie dévouée que j'aime tant. Passer des moments avec toi, c'est comme boire un élixir stimulant la créativité et la folie.

Merci Isabelle de m'avoir si bien compris, en vivant toi aussi, cette galère. On se sera soutenus mutuellement dans cette épreuve que représentait la fin de notre essai doctoral.

Merci à Christine et Chantale, deux femmes extraordinaires qui ont ensoleillé mes journées dans les écoles. Votre amitié et votre côté maternel m'ont grandement supporté.

Un merci à ma famille pour leur soutien de loin! Il aura fallu plusieurs années, mais je l'obtiendrai enfin ce fameux titre de « docteur ».

Merci à mes groupes de proches aidants; tous vos beaux mots, vos pensées et vos petits plats préparés ont été grandement appréciés.

Enfin, à toutes les personnes que j'ai accompagnées durant ces années, à votre insu, vous m'avez apporté de l'énergie et avez donné la signification à ce travail acharné. Merci!

« Le monde nous semblera différent si nous déplaçons le centre de la position périphérique qui est actuellement la sienne pour lui assigner une place plus proche du cœur de la vie humaine. »

Joan Tronto

Introduction

Dans les dernières années, l'accès aux services de santé et aux services psychosociaux est devenu un enjeu social et politique majeur. De 2004 à 2014, les dépenses publiques annuelles en santé ont fait un bond de 5,6 %, pour atteindre près 49 % des dépenses des programmes de l'État pour les services de santé en 2014-2015 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2004). Cette réalité a influencé grandement une réorganisation des soins, afin d'obtenir la manière la plus efficiente possible de les dispenser.

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué au développement des pratiques hors des contextes institutionnels. Mentionnons simplement certaines réalités qui influencent et limitent les offres de service existantes : l'évolution démographique, la grande difficulté à rejoindre les populations davantage isolées et marginalisées, ainsi que le virage ambulatoire. Ces changements invitent non seulement à revoir la manière d'offrir des services, mais également à questionner nos attitudes et nos pratiques.

À cet égard, on observe deux grandes tendances certainement distinctes et parfois même contradictoires. D'une part, on assiste à la création et au renforcement de très larges structures de services spécialisés et centralisés. Ces structures créées à même des fusions organisationnelles s'inspirent largement de la culture du monde hospitalier, c'est-à-dire

selon une philosophie curative et d'efficacité. Les fusions d'établissement et le regroupement de secteurs de services techniques ont eu comme effet indésirable d'éloigner régulièrement ces milieux de soins des contextes immédiats de vie des patients et des proches (Grenier & Bourque, 2014). Les périodes de soins et d'hébergement en milieu hospitalier sont significativement plus brèves et les services en cliniques d'un jour se sont développés de manière importante. Les allers-retours entre l'hôpital et le domicile se sont par conséquent multipliés avant même que les services à domicile et le soutien aux proches aidants se soient adéquatement structurés (Bourque et al., 2011; Joublin, 2010).

D'autre part, plusieurs facteurs conjuguent leurs effets pour stimuler le déploiement de soins et d'accompagnement dans la communauté et les milieux de vie (Crevier, 2009). Ce réaménagement des services a mené à l'apparition de plusieurs nouveaux programmes d'intervention s'inscrivant dans ce que l'on nomme les soins de proximités (Clément, Gélineau, & McKay, 2009; Djaoui, 2014; Gagnon & Saillant, 2000). Les soins de proximités se veulent des services proactifs, près des milieux de vie et qui s'ajustent à des besoins précis pour des populations fragilisées ou marginalisées. On y retrouve notamment l'intervention à domicile.

L'intervention à domicile, bien que nécessaire, prometteuse et efficace, n'est pas sans son lot de difficultés et de défis à relever. Elle implique un changement dans l'espace thérapeutique qui peut être source d'ouvertures et de tensions (Crevier, Couturier, & Morin, 2010; Yang, Garis, Jackson, & McClure, 2009). Inévitablement les personnes

concernées par les interventions à domicile se rencontrent sous de nouveaux paramètres. Les personnes aidées ouvrent leur porte et reçoivent les intervenants dans leur espace de vie quotidienne. Les aidants pour leur part entrent dans des histoires et des contextes à chaque fois singuliers.

Il convient sans doute de spécifier la diversité des formes d'interventions à domicile¹: soins suite à une chirurgie ou à des traitements prodigués à l'hôpital, suivi d'une problématique de maladie chronique ou d'une condition fragile de santé, assistance d'une auxiliaire familiale pour des personnes isolées, très âgées ou vulnérables, accompagnement psychosocial, psychologique ou en ergothérapie pour favoriser le maintien à domicile². Ces services professionnels à domicile sont à la fois peu développés, répartis de manière non uniforme dans les diverses régions du Québec et très peu soutenus financièrement (Bergeron & Gagnon, 2003; Bourque et al., 2011).

¹ « Selon le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de services à domicile, les services disponibles se divisent en deux grandes catégories, les soins et les services d'aide. Les soins comprennent les actes médicaux et les services infirmiers dispensés à domicile. Les services d'aide incluent, premièrement, les services d'assistance personnelle qui consistent en hygiène de base, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc., deuxièmement, les services d'aide domestique qui réfèrent à l'entretien ménager, l'approvisionnement, l'entretien des vêtements et les gros travaux ménagers et, troisièmement, le soutien civique. Il s'agit d'une aide apportée dans l'administration de budgets, la rédaction de documents, l'aide à remplir des formulaires, etc. Trois programmes de maintien à domicile sont offerts par le MSSS. Le programme de maintien à domicile (MAD) constitue le programme de base pour toute personne nécessitant des services de cinq heures et moins. » (Encyclopédie de l'Agora, 2012)

² La thématique de maintien à domicile concerne les programmes, services et interventions permettant à la personne ayant des incapacités de demeurer en sécurité dans le lieu de résidence de son choix et de réaliser les activités reliées à la vie quotidienne et domestiques (nutrition, soins personnels, maintien de la condition corporelle, entretien et aménagement du lieu d'habitation, responsabilités civiles et financières). Cela comprend les services d'information-référence de même que les mesures d'encadrement et d'accompagnement personnel. (Encyclopédie de l'Agora, 2012)

Au-delà du changement de lieu se profilent des enjeux associés au cadre d'intervention et à l'alliance d'aide. Ainsi l'intervention à domicile peut questionner de manière importante les pratiques professionnelles et institutionnelles. La proximité et la convivialité qu'autorise l'intervention à domicile peuvent constituer des atouts qui exigent le développement de nouveaux repères encore peu documentés. En effet, les balises offertes par les règles et pratiques institutionnelles doivent être transformées et portées autrement. L'intervenant à domicile est amené à porter son propre cadre de pratique, à établir une alliance qui respecte les personnes dans leur contexte de vie. Tout changement de contexte et de structure requiert des adaptations relationnelles. Les défis soulevés exigent rigueur et flexibilité. Il pourrait donc devenir difficile pour les intervenants de s'ajuster aux exigences de telles pratiques.

Comme c'est souvent le cas des pratiques encore peu documentées et trop peu soutenues économiquement, les interventions à domicile ont bien souvent à démontrer leur pertinence et leur efficacité. Les enjeux de reconnaissance demeurent importants. L'accent porté sur la concentration des expertises médicales, des appareillages technologiques de pointe et sur l'offre des hôpitaux et des cliniques spécialisées publiques et privées pousse dans l'ombre les interventions de proximité ou menées à domicile. Les intervenants qui offrent des soins et des services à domicile n'obtiennent pas, à ce jour leur juste part de reconnaissance. De plus, peu d'études récentes et validées peuvent appuyer la valeur et la légitimité de leurs contributions dans le système de santé et dans la société actuelle (Cortes, 2004).

Le présent essai doctoral se veut une analyse critique des atouts et exigences de cette forme de pratique. En prenant appui dans la documentation disponible, cet essai cherchera à faire ressortir l'essentiel de l'intervention à domicile sous l'angle spécifique des enjeux relationnels. C'est-à-dire, en réfléchissant sur les impacts tant positifs que difficiles de la proximité relationnelle présente dans ce genre d'intervention. Pour ce faire, une synthèse et des réflexions sont proposées en puisant dans des champs disciplinaires variés : l'anthropologie, la philosophie, la psychologie, les sciences infirmières, la spiritualité et le travail social. Ces détours vers des horizons différents apparaissaient nécessaires pour cerner avec plus de profondeur et d'humanitude l'intangible et la complexité de la proximité relationnelle présente dans l'intervention à domicile. En fait, l'objectif principal de l'essai consiste à documenter et discuter l'intervention psychologique à domicile.

Dans un premier temps, la méthodologie utilisée pour aborder et détailler ces enjeux relationnels sera décrite. Pour présenter la problématique, de brèves définitions des concepts principaux, ainsi que des précisions quant aux choix de certains termes seront amenées. De plus, l'historique et l'évolution des soins et des services sociaux, notamment la création des soins de proximité, seront décrits selon les événements marquants au Québec. Pour compléter cette section, les enjeux sociaux et politiques décrivant les grandes tendances et pressions présentes dans le système de santé et des services sociaux seront détaillés. En l'occurrence, les impacts de la présence de différentes logiques contradictoires au sein du réseau sur l'univers de l'intervention psychosociale.

Viendra par la suite le cœur de cet essai qui abordera les enjeux soulevés par l'intervention à domicile. Dans un premier temps, un étayage des pratiques de proximité, de leurs différentes formes et visées sera effectué. Suivra l'exploration des aspects fonctionnels, des ouvertures et tensions qu'offre l'intervention à domicile, ainsi que l'intégration des proches.

Le chapitre suivant se penchera plus précisément sur les défis soulevés par l'intervention à domicile pour le psychologue. Ainsi, les changements de paradigme d'intervention que cela amène seront développés en décrivant notamment le changement de rôle et de cadre que cela implique pour le psychologue, ainsi que les enjeux éthiques et déontologiques que cela soulève.

Enfin, une discussion exposera notre analyse autour de trois pistes de réflexion qui seront traitées sous la forme de questions : *Comment porter son identité professionnelle de psychologue dans un contexte non balisé à l'avance et non familier? Les compétences requises pour l'intervention à domicile: quels sont les implications pour la formation en psychologie? Comment s'assurer d'affronter l'incertitude et d'éviter les dérives?*

Chapitre 1

Démarche méthodologique

La méthodologie est une recension des écrits scientifiques publiés sur le sujet de l'intervention à domicile. Pour réaliser cette exploration de la documentation disponible, la base de données *PsychInfo* a été utilisée. Les mots-clés *home-based therapy*, *in-home services*, *home care*, ainsi que les dérivés logiques de ces termes sont sélectionnés pour la recherche. Considérant le peu de documentation provenant du domaine de la psychologie, la recension de la littérature ne s'est pas limitée à ce champ. En ce sens, des auteurs en anthropologie, en éthique, en philosophie, en sciences infirmières, en spiritualité, ainsi qu'en sociologie ont été consultés.

1.1 Présentation de la problématique

La prochaine section définira certains concepts employés dans cet essai et apportera des précisions concernant le choix de certains termes. Elle mettra également en lumière le contexte social dans lequel s'inscrit l'intervention à domicile au Québec. Pour y arriver, un bref historique relatant l'évolution des soins au Québec sera effectué, puis certains enjeux sociaux politiques clés seront détaillés pour illustrer les défis auxquels font face notre système de santé et des services sociaux, ainsi que les intervenants qui y œuvrent.

1.1.1 Quelques définitions et précisions

Cette section précise certains concepts et définitions, afin d'orienter le lecteur dans la signification des termes utilisés tout au long de cet essai. L'objectif est de faciliter la lecture, la cohérence et la compréhension de cet ouvrage.

1.1.1.1 Enjeu. Il sera souvent question d'*enjeu* dans l'analyse qui suit. L'enjeu renvoie à ce qui peut être gagné ou perdu dans une situation. Il convient de considérer l'enjeu pour s'approcher de ce qui mérite une attention particulière. Ignorer les enjeux, c'est risquer de manquer au devoir d'anticipation des effets et au devoir de précaution suffisante. Cet essai explore certains enjeux de l'intervention psychologique à domicile. Par exemple, les enjeux sociaux, les enjeux cliniques et relationnels ou encore, les enjeux éthiques qu'une telle intervention soulève.

1.1.1.2 Soins de proximité. Concernant les *soins de proximité*, ce terme est utilisé pour faire référence à l'appellation récemment utilisée dans le Réseau de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Précisions d'abord que la notion de soin fait référence selon Gagnon et Saillant (2000, p. 9) à « un ensemble de gestes et de paroles visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées ou dépendantes, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leurs capacités de vivre de manière autonome ou « normale » ». Il y a donc un pluraliste des soins, selon l'approche, la discipline et le lieu de l'intervention. Lorsqu'on parle de soins de proximité, on fait référence à des soins flexibles, autonomes, souples, informels, créatifs et qui s'adaptent à la réalité de

populations diverses, souvent marginalisées (Montcombe, 2006). Considérant la difficulté des auteurs à bien cerner ce concept en peu de mots et l'importance qu'il revêt pour cet essai, les *soins de proximité* seront davantage explorés dans le chapitre suivant. Il est important de noter que l'intervention psychologique à domicile s'inscrit dans les *soins de proximité* et que c'est pour cette raison que ces derniers sont abordés. L'intervention psychologique à domicile reste toutefois le principal intérêt de cet essai.

1.1.1.3 Personne accompagnée ou aidée. Enfin, pour faciliter la lecture et assurer une cohérence, précisons que les termes *personne accompagnée*, *l'autre* et *personne aidée* seront employés pour désigner la personne, l'usager, le couple, la famille ou encore le système qui demande de l'aide ou qui nécessite une intervention à domicile. Bien que le terme *client* ou *patient* soient les référents plus communément utilisés en psychologie ou dans l'univers hospitalier pour désigner la personne recevant l'aide et l'accompagnement, nous considérons que les appellations citées précédemment s'inscrivent mieux dans la philosophie de l'intervention à domicile.

1.1.2 Historique et évolution des soins de proximité

Au Québec, la Révolution tranquille dans les années 1960-1970 marque le début de plusieurs changements sociaux. Cette période est associée à des politiques progressistes motivées par un désir de justice sociale et d'égalité. La croissance économique du moment favorisera les valeurs propres à l'État-providence notamment l'accessibilité pour tous et mènera à une réorganisation en profondeur des institutions du système de santé. L'État

assurera la relève aux communautés religieuses en prenant en charge les soins de santé offerts à la population. Les services sociaux seront dorénavant perçus comme des services publics (Grenier & Bourque, 2014).

Le rapport Castonguay-Nepveu, suivant la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, contribuera fortement à ces changements. Il mènera à la création du réseau de santé publique intégrant notamment les centres locaux de services communautaires (CLSC) et l'assurance maladie. Les CLSC auront le mandat de développer et rendre accessible des services fonctionnels et efficaces à travers des initiatives locales rejoignant des populations diversifiées (Larivière, 2007). On verra différents programmes innovateurs émergés visant à soutenir les collectivités, s'ajuster aux besoins spécifiques des gens et assurer une collaboration avec les organismes communautaires. Par exemple, on peut penser à la création des cliniques jeunesse, pour ne nommer que cette initiative. L'arrivée des CLSC marque en quelque sorte le début des soins de proximité avec cette flexibilité et liberté laissées aux intervenants à orchestrer les services et par l'implication de la population dans le développement des programmes (Bourque et al., 2011; Grenier & Bourque, 2014).

Ce climat propice au développement de nouvelles manières d'intervenir s'estompera toutefois peu à peu avec la crise des finances publiques des années 1980-1990. En effet, l'application du régime d'assurance maladie entraînera rapidement une croissance des soins curatifs et par le fait même des dépenses (Grenier & Bourque, 2014). Plusieurs

critiques seront alors émises envers le système de santé. Parmi elles se trouvent : les coûts faramineux, l'accès de plus en plus difficile au système, le manque de spécialistes en région, les orientations trop axées sur le curatif, ainsi que la centralisation loin des citoyens pour ne nommer que celles-là (MSSS, 1990).

Cette confrontation à des impératifs financiers mènera vers une redéfinition du système de santé québécois en fonction des déterminants de santé. En effet, les services seront dorénavant déterminés et établis en fonction de l'approche populationnelle basée sur l'épidémiologie contemporaine. C'est-à-dire, cibler les populations à risque et orienter les services offerts en conséquence de celles-ci. Cette philosophie des services influencera les pratiques professionnelles des intervenants sur le terrain, en limitant leur champ d'action et en restreignant les populations rejoindes.

On assistera également à la mise en place de nouvelles techniques de gestion empruntées au secteur privé qui prendra forme de la nouvelle gestion publique. L'objectif sera de faire mieux avec les ressources disponibles en assurant un contrôle des effectifs, en imposant une reddition de comptes. Dans cette même période, la réforme Rochon de 1995 amènera le virage ambulatoire et le développement des soins à domicile. Ces mesures s'inscrivent dans une visée de réduire le temps d'hospitalisation et de favoriser la prestation de soins à domicile, afin d'être plus efficients et adaptés aux besoins des malades, tout en réduisant les coûts pour le système. Dans cette même foulée, on verra la désinstitutionnalisation, la mise sur pied de la ligne Info-Santé, ainsi que le développement

du soutien à domicile (Bergeron & Gagnon, 2003). Cela aura des répercussions directes sur la population, sur la manière d'avoir accès aux services et sur les pratiques professionnelles.

Dans une continuité de vouloir faire mieux, notamment en ciblant les listes d'attentes trop longues et les urgences bondées, le gouvernement Charest mettra en place la réforme Couillard en 2003. Cette nouvelle restructuration transformera l'organisation et la gestion du système de santé et des services sociaux avec l'apparition des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cette transformation visera à améliorer la continuité et la qualité des soins en rapprochant les services de la population et en facilitant l'accès au réseau (Bourque et al., 2011). Cela amènera les services à changer d'appellation, passant des services-clientèles aux services de soutien. La volonté de favoriser les services à domicile se maintiendra, notamment par la politique de soutien à domicile (MSSS, 2003).

Tout récemment, la réforme Barrette a accentué cette volonté de simplifier l'accès aux services et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau avec la création des Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS). Il s'agit de réduire la gestion à seulement deux niveaux hiérarchiques, en procédant à l'intégration des établissements de santé et services sociaux en une seule organisation par région administrative. Par conséquent, les orientations cliniques des différentes instances seront dorénavant établies en fonction de l'établissement principal, soit le centre hospitalier. Cette nouvelle forme d'*hospitalocentrisme* aura un impact sur l'orientation et la dispensation des soins.

À ce jour, le plan d'action en santé 2015-2020 prévoit des services à domicile pour des populations ciblées : personnes en perte d'autonomie bio psycho sociale, personnes ayant une déficience physique, personnes ayant une déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme, personnes nécessitant des soins palliatifs, personnes post-opérées ou avec un problème de santé physique, ainsi que pour les proches aidants. Ces services varient entre : de l'aide à domicile, des soins infirmiers, des services psychosociaux, des services médicaux, des services de réadaptation, de nutrition ou d'inalothérapie (MSSS, 2018).

1.1.3 Enjeux sociaux et politiques

Comme mentionné ci-dessus, les défis sont multiples et considérables en matière de santé et services sociaux. Les statistiques sur les investissements effectués dans les dernières années citées dans l'introduction en témoignent (MSSS, 2004). Pour répondre à la demande et arriver à s'ajuster aux circonstances et aux besoins qui changent, cela prend plusieurs niveaux d'organisation de pratique, ainsi que divers partenariats entre les différents acteurs impliqués : famille, proches, intervenants, organismes communautaires, instances du système de santé (Bourque et al., 2011; Grenier & Bourque, 2014; Joublin, 2010). D'une part, on a besoin d'une pratique de soins spécialisés guidés par des procédures précises. D'autre part, d'une pratique plus large et flexible ciblant des problèmes plus globaux; transition de vie difficile, impacts de facteurs extérieurs sur sa vie, problématiques chroniques, deuils, populations marginalisées, etc. La particularité de

notre système de santé d'y intégrer les services sociaux oblige une manière de faire plus diversifiée et intégrative des soins.

Au-delà de ces différences d'organisation des services et des pratiques professionnelles se trouve un souci commun : celui de répondre de manière la plus efficace et humaine possible aux différents besoins en santé et services sociaux. C'est ce que les valeurs d'universalité, de justice et d'équité du système de santé canadien et du programme d'assurance maladie québécois prônent. On le voit à travers les différents changements et réformes cités dans l'historique des soins, que la volonté politique à s'ajuster et mieux répondre aux besoins semble bien présente. Toutefois, on remarque également une chronicité des problèmes auxquels fait face le réseau de la santé et des services sociaux (Grenier & Bourque, 2014). Qu'est-ce qui explique que malgré tous ces efforts et ces réformes effectuées, on peine à atteindre des résultats satisfaisants ou qu'il soit difficile de maintenir d'autres façons de faire?

Est-ce qu'il est possible de poser l'hypothèse que malgré une volonté de mieux gérer les ressources et de vouloir favoriser la santé et le mieux-être des citoyens, les objectifs ne sont pas parfaitement atteints, puisque l'on tente d'obtenir le tout majoritairement dans un modèle médical occidental qui ignore ou fait peu de place au pluralisme des soins et des différentes possibilités d'intervenir (Saillant, 2010)? Où est la place à l'intégration, au faire ensemble, à une vision commune et systémique, puisqu'à la base on a intégré les services sociaux au système de santé dans cette optique (Grenier & Bourque, 2014)? Or,

présentement c'est l'univers du sanitaire et du médical qui prédomine, laissant peu de place aux services sociaux.

Bien entendu, même si cette hypothèse s'avérait exacte, elle ne répondrait pas à toutes les difficultés rencontrées à fournir des soins de qualités et accessibles à tous. Les enjeux et défis auxquels est confrontée l'organisation hospitalière sont majeurs et complexes. Toutefois, il est intéressant de se pencher sur ce que Chénard et Grenier (2012) décrivent comme une coexistence paradoxale de trois logiques au sein de notre système de santé et des services sociaux : la logique administrative, la logique médicale et la logique clinique. Il sera ainsi possible de voir les impacts et les limites que cela amène sur les pratiques professionnelles sur le terrain. Le Tableau 1 et la section qui suit décrivent plus en détail les différents éléments impliqués dans cette incongruence.

1.1.3.1 La logique administrative. Cette logique s'invite dans le système de santé et des services sociaux par la mise en place de la nouvelle gestion publique. On assiste à un passage de l'accessibilité universelle des services une utilisation maximale des ressources disponibles (Larivière, 2007). Cette logique oriente donc son action vers l'économie, l'efficacité et l'efficience. Les visées qui motivent l'intégration de certains principes du domaine de l'entreprise privée sont la performance économique du système, la réduction et le contrôle des coûts, ainsi que l'efficience. En ce sens, l'évaluation du rendement et de la performance des objectifs ciblés devient donc importante pour s'assurer de la gestion des coûts et de la reddition de comptes très serrée (Chénard & Grenier, 2012;

Larivière, 2007). Bref, ce qui est au cœur des préoccupations de cette logique est l'atteinte des résultats au plus faible coût dans un souci d'efficacité.

1.1.3.2 La logique médicale (modèle du *cure*). La logique médicale (ou modèle biomédical), comme mentionnée précédemment, est celle qui prédomine actuellement dans le système. Elle se base essentiellement sur une approche épidémiologique. C'est-à-dire de retracer la ou les différentes causes du problème et ensuite de mettre en place des actions efficaces pour le régler. Cette approche s'inscrit dans une culture scientifique où les facteurs de risque, mais surtout génétiques, sont pris en considération (Fréchette, 2014). De plus, il y a uniformité et standardisation des manières de faire, comme elles sont bien établies pour être efficaces. L'objectif premier est de combattre la maladie. On est en plein cœur de la philosophie du curatif : agir rapidement sur les symptômes présents et tenter de guérir à tout prix en suivant des protocoles.

Si cette logique s'avère très utile et pratique dans l'univers de la santé physique, elle présente plusieurs limites quant à la santé mentale et les problèmes sociaux. On peut comprendre que dans cet univers où soulager la douleur et guérir sont primordial que la technique et le savoir-faire prennent le dessus sur le relationnel. En effet, l'individu est considéré symboliquement davantage comme un *corps objet*, plutôt qu'une personne. Bien entendu, l'aspect relationnel est présent et s'avère utile tout de même dans ce modèle. Toutefois, il semble être perçu et utilisé en complémentarité de la technique et donc placé en périphérie.

1.1.3.3 La logique clinique (modèle du *care*). Tout d'abord, Tronto (2009) souligne l'importance de considérer l'interdépendance humaine et inscrit donc le *care* dans les responsabilités morales et politiques qu'une société porte face aux problèmes qu'elle rencontre, notamment ceux en santé. C'est d'ailleurs ce que l'État québécois s'est tenu de faire durant plusieurs années, mais qui semble s'effriter par l'apparition de la logique administrative et par la forte propension de la logique médicale.

La logique clinique (ou le *care*) est associée au terme de sollicitude ou du prendre soin en français, ce qui fait référence à une préoccupation, à un souci de quelque chose de différent de soi et à se mobiliser dans l'action pour cette préoccupation. Vivre le *care* c'est être présent à ceux qui souffrent, et rester présent même quand on ne peut rien faire pour changer leur situation (Nouwen, 2012). C'est d'être investi dans une relation unique et singulière et de chercher à favoriser le mieux-être de la personne accompagnée. L'objectif ici n'est donc pas le résultat, mais bien le processus par lequel la personne cheminera vers son mieux-être. Cette logique clinique étant au cœur de ce qui donne la richesse à l'intervention à domicile sera abordée plus en profondeur lors du prochain chapitre. Le Tableau 1 qui suit dresse une synthèse des éléments clés de chaque logique décrite.

Bien que cette réalité difficile au sein du réseau ne soit pas le sujet principal de cet essai, elle reste pertinente à prendre en considération dans la compréhension des impacts sur les pratiques professionnelles et sur les difficultés rencontrées sur le terrain.

Notamment, sur les difficultés à intervenir à domicile. La prochaine section se penchera d'ailleurs sur les impacts de ce système sur l'intervention psychosociale en général.

Tableau 1

Trois logiques existent au sein d'un même système

Logique clinique	Logique administrative	Logique médicale
Qualité de la relation/Travail de concert	Résultats	Traiter la maladie/Culture scientifique
Favoriser le mieux-être individuel et collectif	Réduction des listes d'attente	Combattre la maladie/Curatif
Orientée sur le processus/Réfléchir et agir avec la personne	Orientée sur résultats à moindres coûts	Agir rapidement sur les symptômes présentés par l'individu
Unicité et singularité	Uniformité et standardisation	Uniformité et standardisation/Protocoles
Sujet	Objet de soins	Corps objet

Source : Chénard & Grenier (2012).

1.1.3.4 Impacts et difficultés sur l'intervention psychosociale. Si la logique médicale et la logique administrative partagent plusieurs aspects en commun, il en est tout autre avec la logique clinique. Par conséquent, il est plus difficile pour les intervenants en soutien psychosocial de rencontrer les exigences imposées par le système actuel. En effet, plusieurs intervenants dénoncent un recul de la dimension sociale, communautaire et préventive, au profit de la dimension médicale, juridique et curative, ainsi que de la pratique sociale au profit du pouvoir administratif (Breviglieri, 2005; Mayer, 2002).

Cette marginalisation des services sociaux au sein du système amène plusieurs conséquences alarmantes. Les intervenants sentent leur autonomie professionnelle et l'organisation de leur travail menacées et contrôlées par la lourdeur administrative et la reddition de compte serrée. Même la proximité relationnelle souvent à l'avant-plan dans l'intervention psychosociale devient de second ordre dans ce contexte organisationnel (Bourque et al., 2011; Larivière, 2007). Cette omnipotence de la logique administrative semble laisser peu de place à l'émergence et aux développements de certaines manières de faire, notamment en ce qui a trait à l'intervention à domicile. En effet, les exigences d'efficacité que demande cette logique réduisent le temps passé auprès des clients. Or, la relation qui se développe à domicile est à la base de la qualité des soins d'une telle approche et demande un investissement de la part des intervenants.

Une chose est certaine, l'existence de ces réalités exerce des pressions sur l'offre de services et amène des transformations dans les modèles de pratiques professionnelles. Toutefois, le contexte n'est pas la seule donnée à prendre en considération dans les difficultés du système. Par moment il est possible que les intervenants influencent d'eux-mêmes les manières de faire en développant notamment des pratiques réflexives et interactives (Bourque & Lachapelle, 2010). Il devient donc intéressant de s'approcher de l'intime de l'intervention. En effet, pendant que se tramont ses enjeux sociaux et politiques, qu'est-ce qui se passe concrètement sur le terrain?

En partant de l'intérieur de la méga structure qu'est le système de santé et des services sociaux, il devient possible d'identifier les éléments qui peuvent être favorisés, valorisés ou encore améliorés dans ce système en constante évolution. L'intervention à domicile en est un bel exemple. Elle est régulièrement envisagée dans un souci d'efficacité et d'efficience et rarement abordée sous l'angle relationnel. Quels sont les avantages, les défis et les réalités qui se vivent dans l'intervention à domicile? C'est sur quoi le chapitre 2 se concentrera en abordant les enjeux soulevés par ce type d'intervention, notamment ceux auxquels font face les psychologues, considérant leur faible représentation dans ce type d'intervention.

Chapitre 2

Enjeux soulevés par l'intervention à domicile

« Le proche est celui qui exprime une manière d'être présent dans la distance et la retenue, de telle sorte que puisse apparaître un espace de rencontre reconnu par chacun comme possibilité de vivre la vérité et la liberté d'une relation. »

Joan Tronto

Comme mentionné dans l'historique des soins de proximité, la notion de proximité a pris un essor considérable au Québec dans les dernières décennies, notamment par la valorisation du soutien à domicile. Pour comprendre davantage en quoi ce concept émergeant est pertinent dans le champ de l'intervention psychologique à domicile et afin de pouvoir aborder certains enjeux qui y sont rattachés, une question initiale s'impose : qu'est-ce que la proximité concrètement et comment influence-t-elle les pratiques professionnelles? Tout d'abord, explorons à quoi réfère la notion plus globale de la proximité.

2.1 Notion de proximité

Selon Breviglieri, Pattaroni et Stavo-Debauge (2003), la notion de proximité incarne un rapprochement entre les intervenants et les personnes aidées en accordant une attention particulière à leurs besoins spécifiques. Elle s'inscrirait donc dans une visée de personnaliser les liens en contexte de relation d'aide, en favorisant la rencontre et le dialogue. En effet, bien qu'il soit difficile de définir précisément ce concept, la plupart des auteurs s'entendent pour dire qu'il y a un souci de reconnaître l'expérience de l'autre et de son entourage (Joublin, 2005; Saillant, Châteauneuf, Cognet, & Charland, 2009). Par

cette reconnaissance du vécu singulier et unique de l'autre et en légitimant la différence, les intervenants en soins de proximité cherchent à favoriser le lien social et le « mieux-vivre » ensemble (Clément et al., 2009). Cette vision intéressante peut s'offrir en réponse au contexte actuel, où plusieurs décrivent un système de santé déshumanisant et difficile (Clément et al., 2009; Paquet, 2014; Vadeboncoeur, 2012).

2.1.1 Figures dominantes de la proximité

Pour atteindre les différentes visées de la proximité, il s'agirait d'être au plus près des personnes selon Weller (2002), mais qu'est-ce que signifie ce plus près? Clément et al. (2009) proposent une classification intéressante qui répond en partie à cette question. Dans leur ouvrage, ils décrivent 5 principaux types de proximité : la proximité intersubjective, la proximité expérientielle, la proximité spatiale, la proximité écosystémique et la proximité décisionnelle¹. Cette classification est basée sur les différentes perspectives qu'utilisent les cliniciens et les chercheurs sondés dans le cadre de leur ouvrage sur la proximité. Elle n'est donc pas exhaustive, mais se veut un aperçu des différents ancrages possibles sur le terrain. En effet, chaque figure dominante illustre des angles de pratiques de proximité différentes. Examinons brièvement chacune d'elle pour avoir une meilleure vision d'ensemble de comment il est possible d'être « plus proche » en intervention de proximité.

¹ Pour plus de détails sur les différentes figures de la proximité se référer à : Clément et al. (2009).

2.1.1.1 Proximité intersubjective. La proximité intersubjective mise principalement sur la qualité de la relation en privilégiant l'unicité et les caractéristiques personnelles de l'individu. Ces éléments essentiels sont les fondements à toute intervention dans la proximité intersubjective. Le rapprochement se fait donc en adoptant une approche personnalisée et ajustée à la personne, en axant et considérant davantage ses spécificités plutôt que ses problématiques. Pour y arriver, le dialogue et la qualité de présence à l'autre sont grandement nécessaires et encouragés chez les intervenants. Ce sont les liens de confiance et d'intimité qui prévalent pour assurer la réussite de la rencontre.

2.1.1.2 Proximité expérientielle. Dans la proximité expérientielle, c'est le vécu subjectif de la personne qui prévaut. On accorde une importance à l'expérience de la personne et on reconnaît même une expertise à cette dernière. La connaissance de soi est vue comme une force à exploiter, tout comme les ressources personnelles de la personne qui représente un potentiel de changement. Le rapprochement dans cette vision de la proximité renvoie ici au travail sur soi que l'intervenant amène en privilégiant le récit de l'expérience des personnes. Notamment, la connaissance intime de son vécu, de sa fragilité ou encore de sa dynamique psychique.

2.1.1.3 Proximité spatiale. La proximité spatiale caractérise grandement l'intervention à domicile, par le fait que l'intervention se déroule dans un espace d'intimité et le plus près possible de ceux en demande : leur milieu de vie très souvent. Cette

proximité apporte un souci d'aller vers l'autre, où il se trouve, pour prodiguer le soin ou fournir l'accompagnement nécessaire. Le réseau social de l'individu qui reçoit l'accompagnement est également pris en considération, de manière à avoir une vision d'ensemble du milieu de vie et des acteurs en présence. Dans cette vision, l'espace devient important qu'il soit réel ou imaginé, près ou loin de l'individu.

2.1.1.4 Proximité écosystémique. La proximité écosystémique se veut intégrative de l'environnement de la personne en rapprochant l'ensemble des composantes présentes ensemble. Pour ce faire, l'intervenant pourra tenir compte des aspects biopsychosociaux, intégrer l'entourage du client, reconnaître la présence de plusieurs problématiques présentes en simultané, etc. L'idée ici est de renvoyer une compréhension intégrée, globalisante de la réalité de l'autre. Pour y arriver, l'estompe des frontières disciplinaires est nécessaire pour favoriser l'intégration de différents savoirs : scientifiques, professionnels, pratiques et expérientiels.

2.1.1.5 Proximité décisionnelle. Enfin, la dernière dimension tente de donner plus de pouvoir décisionnel au citoyen, notamment en démocratisant davantage le système de soins. Pour y arriver, les pratiques de proximité tentent en ce sens d'impliquer le malade dans son plan de traitement ou encore de créer des espaces de dialogues entre les différents acteurs impliqués dans le contexte de soins (gestionnaires, usagers, intervenants).

On voit, à travers ces différentes dimensions, que cette classification ne donne pas une définition précise de la proximité, mais qu'elle aide à étayer le vaste champ que représente ce concept par des exemples de pratiques sur le terrain. Elle permet également d'en dégager la philosophie d'une telle approche qui consiste à se faire proche et donne un aperçu de comment il est possible d'intervenir concrètement sur le terrain en intervention de proximité. Regardons à présent les voies et visées d'une telle approche, avant de s'approcher de l'intervention à domicile.

2.1.2 Voies et visées de la proximité

À première vue, les pratiques de proximité ne semblent pas apporter rien de nouveau à la volonté de tous intervenants de vouloir le bien d'autrui par l'adoption d'une attitude compatissante, bienveillante et axée sur l'empathie et le respect de l'univers de l'autre. Autant dire que tout ce qui a été détaillé ci-dessus semble aller de soi et être d'une évidence même. Or, comme mentionné précédemment, les pratiques professionnelles sont bousculées par un système en perpétuel changement et cette réalité amène les intervenants à devoir s'ajuster pour maintenir les essentiels de l'intervention psychosociale à l'avant-plan. Dans cette perspective, l'utilité de ce concept n'est donc pas de réinventer les indispensables de la relation d'aide, mais bien d'aider à la démocratisation d'une vision plus humaine et intégrative du système de soins. La proximité, édifiée sur notre humanité commune, agit à titre de vaisseau qui protège et porte ces essentiels de la relation et de la nature humaine, dans un contexte motivé davantage par une logique administrative. Voilà

pourquoi elle s'avère une réponse aux impératifs d'un monde en mutation (Clément et al., 2009).

En outre, les pratiques de proximité se veulent des modalités en soi pour améliorer le lien social et le vivre ensemble (Clément et al., 2009). Ainsi, elles cherchent à aller vers l'autre, à aller à sa rencontre et le soutenir pour réduire l'écart qui le sépare d'une norme. Elles peuvent également chercher à créer la rencontre et le dialogue, afin de légitimer la différence. Pour y arriver, les intervenants tenteront de mettre sur pied des espaces de dialogue variés (domicile, lieux publics, la rue, dispositifs d'assistance, etc.) pour reconnaître des expériences singulières dans l'intime. Enfin, ces pratiques veulent aussi être auprès de l'autre pour l'aider à maintenir le sens de soi. Il est question ici d'accompagner l'autre dans des moments forts de sa vie comme un deuil, une transition, une naissance, une mort ou encore la maladie.

Penchons-nous dorénavant sur un lieu d'intervention riche en possibilités et qui permet d'explorer les différentes visées des pratiques de proximité : le domicile. En effet, explorons précisément les aspects globaux et fonctionnels de l'intervention au domicile d'autrui.

2.2 Aspects globaux et fonctionnels de l'intervention à domicile

L'intervention à domicile a cette particularité d'intervenir directement dans le milieu de vie de la personne accompagnée. Ce n'est pas peu dire lorsqu'on considère la

signification et la valeur d'un tel lieu. Mais que représente justement l'expérience d'être chez soi?

2.2.1 Le domicile : l'expérience d'être chez soi

Heywood (2005) parle du domicile comme d'un lieu où la vie personnelle est située. Il le qualifie comme un lieu d'intimité, de sécurité, de contrôle, de liberté, de créativité et d'expression. Il est donc intimement lié au monde interne et affectif d'un individu. Notons, que le concept d'intimité¹ renvoie à ce qu'il y a de plus intérieur, à des notions de confort, d'aise, de vie privée et de liens étroits (Corneau, 1989). Il y a donc une valence affective qui se niche derrière l'expression du domicile, mais plus précisément du « chez-soi ».

Le *chez-soi* est un investissement personnel, dans la mesure où il prend beaucoup de temps d'un individu, de ses ressources et de ses émotions. Il est une expérience en soi par : sa valeur, ses significations, ses représentations et ses symboles qu'il incarne pour son habitant (Djaoui, 2014).

Le domicile sert également d'ancrage social pour une personne. En ce sens, où il donne un état civil, une identité sociale, un enracinement, un territoire et un signe d'intégration sociale (Djaoui, 2014). Il touche donc à plusieurs fondements et besoins d'un être humain qui s'avèrent des incontournables et des éléments à considérer pour un

¹ Définition du *Larousse* : « Qualité d'un cadre accueillant qui favorise les relations familiaires » ou encore « caractère de ce qui est intime, profond, intérieur ».

intervenant. En revanche, pour que les intervenants puissent avoir accès à ce lieu d'intimité, il doit y avoir une relation de confiance qui se développe. Observons sur quoi repose l'établissement de ces relations.

2.2.2 Relations de proximité

Dans toute relation de soin, il y a un lien, même s'il peut être insatisfaisant, pénible ou ténu (Gagnon & Saillant, 2000). Le lien prend forme dans une pratique et les relations en sont l'expression. Or, les pratiques ne peuvent être isolées de l'environnement dans lesquelles elles évoluent, afin de bien comprendre les liens qui s'y développent.

Comme le domicile est le lieu du particulier et des liens privilégiés, il n'est pas étonnant de constater la centralité que prend la relation. Paquet et ses collègues (2009) définissent les liens qui se développent à domicile comme des relations de proximité :

Ainsi, lorsqu'il y a une qualité de « présence à l'autre » ou un « souci de l'autre » qui s'exprime à travers un savoir-faire et un savoir-être, nous nommons ces liens significatifs « liens de proximité ». (Paquet, Forest, Falardeau, & Renaud, 2009, p. 36)

Cette définition reprend les principes de la proximité évoqués précédemment en décrivant les essentiels pour que se développe la relation privilégiée entre l'intervenant et la personne aidée. En effet, considérant le caractère intime et précieux du « chez soi », certaines attitudes et valeurs sont nécessaires de la part de l'intervenant, afin que de tels liens s'établissent. C'est ce que les auteurs nomment le « savoir-faire » et le « savoir-être ».

2.2.3 Savoir-faire, savoir-être et valeurs humanistes

C'est avec de la patience et du temps que peuvent se développer des relations de respect, d'écoute, de présence et de véracité avec ceux dont nous prenons soin (Nouwen, 2012). L'unicité de l'autre se révèle uniquement à celui qui ose s'approcher et voir sans jugement (Jollien, 2002). La rigidité et le jugement empêchent la rencontre et rendent tout dialogue impossible. Les intervenants qui abordent la rencontre davantage par leurs procédures, leurs protocoles d'évaluation standard, bien qu'ils soient bien intentionnés s'inscrivent dans cette rigidité et jugement à leur insu. Ils ne voient qu'à travers leur lunette d'intervenant, teintée par leurs théories et cadres conceptuels sous-jacents. Ils condamnent l'autre à cette vision et leur enlèvent leur liberté d'être et de s'exprimer autour de leur réalité. Sans le savoir ils cherchent à reconnaître ce qui existe dans leurs cadres théoriques plutôt que rencontrer une personne avec ce qu'elle porte de détresse et d'incertitude.

La centralité de la relation dans l'intervention à domicile demande aux intervenants de mobiliser des habiletés davantage praxéologiques que techniques (Cohier-Rahban, 2007). Le défi ne consiste plus à se demander quoi faire, mais bien d'offrir une qualité de présence dans l'intervention effectuée. Comme le dit le dicton : « Ce ne sont pas les paroles, mais bien les gestes et les attitudes qui parlent ».

En ce sens, l'intervenant qui entre dans le domicile d'un individu se doit de porter un respect à l'univers de cette personne qui l'accueille (Saillant & Gagnon, 2000;

Paquet, 2014). Son attitude doit démontrer un souci, une considération pour ce côté précieux que représente le chez-soi. Ce respect est identifié comme étant l'élément édifiant de la proximité relationnelle, puisqu'il permet à la confiance d'émerger et de se solidifier avec le temps (Paquet, 2014). C'est le savoir-faire de l'intervenant, mais surtout son savoir-être qui est tributaire de ce respect. La construction de l'alliance d'aide, mais également le maintien d'une distance relationnelle adéquate dans le suivi en dépendent (Crevier et al., 2010).

Or, cette notion de « savoir-être » est complexe, ce qui rend la tâche de la définir assez difficile. À cet égard, il s'avère plus pertinent d'en dégager des repères, plutôt que de la décrire avec précision (Paquet, 2014). Plusieurs valeurs humanistes et attitudes ont notamment été associées à cette qualité d'être : faire preuve de compassion et d'empathie, établir un climat de confiance, manifester de l'ouverture d'esprit, croire au potentiel de développement humain, s'adapter à diverses situations, considérer la personne dans sa globalité, faire preuve de souplesse, démontrer une capacité d'observation, faire preuve de patience, faire preuve de rigueur et d'un souci du détail, tenir à jour ses connaissances et compétences, etc. En plus de ces attitudes, certaines habiletés de communication¹ sont nécessaires: écoute active, décoder/interpréter le langage non verbal, persuader, faire preuve de tact et de diplomatie, adapter son langage et le vocabulaire et les moyens de communication en fonction de l'interlocuteur ou l'interlocutrice, etc. (Meunier, 2010).

¹ Pour en connaître davantage sur ces éléments du savoir-être le lecteur peut se référer au rapport de Meunier (2010) se penchant sur les éléments importants pour intervenir auprès des handicapés.

À travers ces éléments se dressent des tangentes à suivre pour favoriser un climat d'accompagnement basé sur le respect de la richesse du vécu humain. Cela illustre le sens profond de ce que peut être une intervention motivée par la logique du *care*. Traiter sans prendre soin nous rend soucieux d'échanges rapides, fébriles et réticents à partager les fardeaux avec l'autre (Nouwen, 2004). Par conséquent, guérir signifie d'abord de créer un espace vide, mais convivial où ceux qui souffrent peuvent raconter leur histoire à quelqu'un qui peut l'écouter avec une attention véritable (Nouwen, 1998). C'est par cette qualité de présence et d'écoute que la rencontre entre deux vies est possible.

L'intervention à domicile, riche de ce climat de convivialité, amène plusieurs bénéfices dans l'intervention, mais également certains défis à ne pas sous-estimer. Ces défis découlent d'ailleurs de l'écart entre les possibilités qu'offrent le domicile et le cadre des pratiques dites plus traditionnelles ou conventionnelles. Observons de plus près de quoi il en relève.

2.2.4 Bénéfices et défis

Souvent, lorsque questionnés sur ce qui fait le succès d'une approche dite de proximité, les intervenants qui œuvrent à domicile ou les personnes qui reçoivent leurs services diront que cela se base sur des « petits riens » (Paquet, 2003, 2014). Ils nomment des gestes qui peuvent paraître anodins et échapper à celui que ne sait pas regarder adéquatement, tellement ils sont ordinaires et simples. Ils n'entrent pas dans la logique

comptable du système de santé actuel, mais s'inscrivent bien dans une vision d'être auprès de l'autre, dans le respect de son vécu subjectif.

2.2.4.1 Favoriser la création d'un lien de confiance. Ces petits gestes ont cette particularité de rendre les gens plus confortables et confiants dans le suivi reçu (Morin et al., 2009). En effet, le dispositif créé par le domicile apparaît comme un outil facilitant la rencontre, ainsi que favorisant le développement et le maintien de la relation (Hok et al., 2011; Morin et al., 2009; Paquet, 2014). Cela est expliqué notamment par la création d'un lien plus chaleureux, majoritairement à cause de la proximité relationnelle et de la meilleure connaissance de l'histoire de vie de la personne accompagnée par l'intervenant (Crevier et al., 2010). De plus, le sentiment de contrôle et de sécurité des personnes rencontrées à leur domicile est accru, considérant qu'ils sont dans leur propre environnement (Cortes, 2004; Nelson & Morris, 2003). Cela les amène à être plus en contrôle du déroulement de la visite et d'avoir une certaine maîtrise de la situation. La motivation de la personne envers la thérapie est également augmentée puisque la venue de l'intervenant dans leur milieu de vie est souvent interprétée comme gratifiant et un signe de respect de leurs besoins spécifiques (Johnson, Wright, & Ketrin, 2002). Il y a aussi une diminution de la peur et la méfiance envers le caractère intrusif que peuvent représenter les intervenants des institutions publiques.

En revanche, cela peut amener une confusion dans les rôles professionnels, considérant que les frontières relationnelles deviennent moins claires dans ce contexte

d'intervention. L'intervenant sera tantôt tiraillé par ses exigences professionnelles et éthiques, tantôt tenté de vouloir s'approcher davantage de la singularité de la personne (Crevier et al., 2010). Il peut devenir important que ce dernier affirme les attributs de sa profession, notamment par des mises au point ou des clarifications avec la personne aidée selon les situations (Maxfield & Segal, 2008). Il doit garder à l'esprit que le rapprochement n'est pas sans frontières et qu'il reste un professionnel qui entre chez une personne. Le défi consiste à rester prudent face à une trop grande familiarité, tout en s'assurant de la juste proximité. Il s'agit d'être en mesure de mener une négociation dynamique en fonction des cadres, des personnes et des situations.

2.2.4.2 Faciliter l'évaluation psychosociale. Un autre bénéfice de l'intervention à domicile est d'accélérer l'évaluation de la situation de la personne accompagnée. En ayant accès directement à son milieu de vie, l'intervenant peut faire des observations plus détaillées et justes (Crevier et al., 2010). Il donne accès au fonctionnement habituel d'une personne et de son entourage dans leur milieu naturel (Cohier-Rahban, 2007; Hok, et al., 2011). La personne aura tendance à agir de manière plus spontanée et à se laisser aller à certains comportements et affects qui peuvent être plus contrôlés, cachés ou refoulés dans le bureau du psychologue (Cohier-Rahban, 2007). Bref, cela donne accès à plein d'informations, à des éléments importants qui se révèlent plus rapidement à l'intervenant. Par exemple, on peut penser à la disposition physique des lieux, des symboles familiaux présents, du contexte extérieur comme le voisinage (Nelson & Morris, 2003). Quant au

point de vue des personnes accompagnées, cela donne l'impression que l'intervenant est davantage en mesure de saisir leur réalité.

D'un autre côté, l'intervenant a accès à beaucoup d'informations que la personne n'aurait peut-être pas dévoilées dans un autre contexte d'intervention comme en bureau privé. Il revient donc à l'intervenant d'user de discrétion et de son jugement clinique à savoir quelle information utilisée ou quelle intervention faire ou ne pas faire pour ne pas être intrusif et inadéquat (Yang et al., 2009). De plus, considérant que les proches peuvent être présents, il revient à l'intervenant de s'assurer de préserver l'intimité et la confidentialité de la personne accompagnée. En gardant des moments privilégiés et en convenant des dispositions nécessaires avec la personne aidée, l'intervenant s'assure de remplir ses obligations éthiques et déontologiques.

2.2.4.3 Atténuer la relation de pouvoir. Lorsqu'il y a présence de ces liens, cela permet également de reconnaître les personnes à part entière et non pas de les voir qu'à travers des étiquettes diagnostiques ou leurs problématiques (Paquet, 2014). Nouwen (2012, p. 52) mentionne à ce propos : « [...] lorsque celui qui est pris en soin et celui qui prend soin sont réunis dans une commune vulnérabilité, ils font l'expérience d'une communauté nouvelle, ils s'ouvrent les deux à la conversion, et ils expérimentent tous les deux la vie nouvelle comme une grâce ». Autrement dit, cela les restitue dans leur humanité, renforce leur estime de soi et leur redonne une certaine dignité. À travers ces

interactions et relations significatives avec les proches et les intervenants, les personnes confrontées à des épreuves de vie en arrivent à se construire une nouvelle identité.

2.2.4.4 Faciliter l'accessibilité aux soins. Enfin, l'intervention à domicile aide à rejoindre personnes vulnérables ou qui ont plus difficilement accès aux services (Crevier et al., 2010). En effet, il est plus facile de recevoir l'intervention à son domicile pour plusieurs raisons : mobilité réduite, handicap, pali au manquement des rendez-vous, coûts des transports épargnés, etc. (Hok et al., 2011; Yang et al., 2009). De plus, cela assure une continuité dans l'intervention. Dans certains contextes, cela aide même à briser l'isolement de certaines personnes ou clientèles. Dans ces cas, l'intervenant devient partie prenante du réseau social de la personne et l'aide à rétablir une identité sociale avec ce contact avec le monde extérieur.

2.2.5 Accessibilité aux proches

L'intervention à domicile amène l'opportunité de développer un rapport privilégié avec le réseau des proches du client. En effet, elle donne accès à l'environnement immédiat et plus élargi de la personne, à ses liens de sociabilité; voisinage, amis, famille proche et famille éloignée (Morin et al., 2009). Elle rend visibles des rapports de soutien qui souvent se vivent dans l'ombre et à l'abri du monde professionnel. Ces rapports de soutien s'expriment sous la forme d'adaptations mutuelles.

Depuis quelques années, l'approche de la proximologie¹ décrit l'importance de cette solidarité de proximité et en détaille les bénéfices et les défis à relever (Joublin, 2005, 2010). D'une part, les proches peuvent faciliter les relations, être source d'informations de qualité et contribuer à la compréhension de la situation ou aux décisions importantes à prendre. D'autre part, ils contribuent souvent au bon suivi thérapeutique et au soutien des malades. Ils deviennent des partenaires précieux dans l'atteinte des objectifs et du mieux-être de la personne aidée. Paradoxalement, les proches peuvent se révéler par moments la principale source de soutien et à d'autres moments être une source importante de stress.

Les liens de soutien qui s'opèrent dans l'environnement du client sont souvent organisés en réseau complexe où se cache un souci de l'autre et qui sont régis selon une culture familiale propre à chaque milieu de vie. Considérer la valeur de ces relations et tenter de les préserver dans l'accompagnement professionnel contribue au lien de confiance en démontrant un respect de la dynamique qui opère au sein du milieu de vie de la personne aidée. C'est dans la relation au proche que se construit l'individu (Joublin, 2005). Or, en ayant accès à ce réseau important autour de l'individu, cela aide à comprendre l'identité que s'est construite la personne et les problèmes qui peuvent en découler. Il revient au professionnel d'avoir les capacités réflexives nécessaires pour s'ajuster à chacun des contextes. Pour des professionnels non-initiés, la rencontre avec les proches peut générer de l'incertitude et du malaise.

¹ Le lecteur qui souhaite en découvrir davantage sur le concept de proximologie peut se référer aux ouvrages de Joublin (2005, 2010).

Il est important de reconnaître l'apport des proches dans un suivi, mais également de les soutenir et souligner leur contribution pour les maintenir mobilisés et investis auprès de leur être cher. Le système de soins peine actuellement à accorder toute la valeur et la place à la compétence des familles (Joublin, 2005). Trop souvent encore, ils sont placés en périphérie, peu consultés ou limités à un rôle d'auxiliaire familial. La négligence de ces enjeux de reconnaissance risque de les placer dans un contexte d'isolement et les amener à vivre eux-mêmes de l'épuisement ou de la détresse psychologique. L'intervenant à domicile a une position privilégiée pour, au besoin, orienter les proches en besoin vers les services appropriés.

Au-delà des bénéfices encourus par la personne accompagnée, en s'approchant de l'univers des proches, l'intervenant s'offre l'opportunité d'explorer de nouvelles manières de faire qui peuvent contribuer au renouvellement de nos pratiques professionnelles. Quand est-il dans l'univers spécifique de la psychologie?

Chapitre 3

Quelques défis soulevés par l'intervention du psychologue à domicile

L'intervention psychosociale à domicile, par l'importance accordée au milieu de vie, amène une nouvelle réalité de pratique, principalement à cause de la plus grande proximité relationnelle qui s'installe. Cela demande une reconfiguration de la relation professionnelle. Le domicile ne remet pas simplement en question le décor d'une intervention professionnelle typique, il amène une condition de reconstruction majeure du sens de l'intervention (Crevier et al., 2010). Les quelques psychologues¹ qui œuvrent à domicile sont amenés à se questionner sur leur pratique quant au rôle, au cadre thérapeutique et aux enjeux éthiques soulevés par ce type d'intervention.

3.1 Changement de paradigme d'intervention

De manière générale, l'aide professionnelle a tendance à se définir comme formelle et technique, alors que l'aide des proches est plus vue comme informelle et naturelle. Nous l'avons décrit précédemment, la logique administrative du système de santé actuel accentue cette tendance en poussant le relationnel dans la marge, par souci d'efficacité et de rentabilité. Cette réalité influence l'intervention psychosociale et amène les professionnels à se positionner en expert, à être dans le prescriptif et dans l'agir. Les psychologues n'y échappent pas.

¹ Il est à noter qu'au Québec l'intervention psychosociale à domicile semble davantage relever des psychoéducateurs et des travailleurs sociaux. Les initiatives prises par les quelques psychologues œuvrant à domicile sont encore peu documentées. Par exemple, mentionnons les soins palliatifs à domicile et les programmes enfance/jeunesse/famille.

Lorsqu'on entre dans les pratiques de proximité, plus précisément dans l'intervention à domicile, on entre dans l'intimité et l'univers de l'autre. L'intervention évite donc de faire référence à un problème spécifique et n'est plus associée à un rapport de service spécifique. Elle vise davantage à laisser un rôle actif à la personne et lui laisser la chance de se définir au cours de l'intervention (Astier, 2009). L'intervenant va à la rencontre de l'autre dans une visée de l'accompagner dans la construction de son identité ou d'un projet de vie. Le paradigme d'intervention n'est donc plus le même, on passe d'une intervention « sur l'autre » à une intervention « avec l'autre » (Astier, 2009). On entre dans une pratique d'accompagnement où la dimension affective est une composante centrale de la dynamique relationnelle.

En revanche, ce type d'intervention demande au psychologue de prendre le risque de se retrouver au plus près de l'univers affectif de la personne et de son réseau de proches. Cela l'amène à investir la relation de manière encore plus importante, en se souciant des particularités de l'autre. Le psychologue devient d'une certaine manière un « pseudo-membre de la famille », il y a un processus de familiarisation qui se produit (Nelson & Morris, 2003). Par conséquent, le rôle dit plus traditionnel du psychologue est amené à se modifier dans l'intervention à domicile.

3.1.1 Rôle du psychologue

Selon l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ, 2018), le rôle du psychologue consiste :

[...] à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. L'information, la promotion de la santé, la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux font également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. [En ligne]

Le rôle du psychologue qui intervient à domicile entre plus difficilement dans cette conception qui relève davantage du caractère prescriptif et de la position d'expert mentionnée précédemment. Cette forme d'aide entre dans la tendance de notre société contemporaine davantage omnibusée par *guérir*, plutôt que d'apporter du *soin*.

Cette centration trop exclusive sur les moyens des résultats réduit la profondeur de la notion de relation. La relation devient en quelque sorte définie comme une série d'attitudes favorisant l'adhérence aux soins. Peut-être est-ce pourquoi même si le domicile devient le lieu d'intervention de plusieurs professionnels, il y a encore très peu de psychologues qui y œuvrent : parce qu'ils ne s'y reconnaissent pas? Pourtant les psychologues sont tenus à des obligations de moyens dans leur pratique (OPQ, 2018). L'établissement d'une relation bienveillante, remplie de compassion et d'ouverture n'est-il pas un moyen efficace pour soutenir et soulager la souffrance d'autrui?

Selon une perspective analytique¹, le psychologue est considéré comme celui qui a une « connaissance de l'âme humaine »². De Hennezel (2009), affirme même que rencontrer l'âme³ d'autrui, lui parler, l'entendre, dialoguer avec elle et prendre soin d'elle est la véritable mission du métier de psychologue. Cette vision rejoint davantage le paradigme présent dans l'intervention psychologique à domicile. C'est l'intimité et la relation qui se construit entre les deux qui donnent le sens à l'intervention (Gromaire, 2009).

À cet effet, il serait pertinent de revisiter et remettre à l'avant-plan les auteurs qui ont décrit l'importance de la relation dans les approches d'aide. Ces éléments de base dans une relation d'aide semblent pris pour acquis, alors qu'il demande le développement de capacités réflexives (Plantade-Gipch, 2016), ainsi que tout un savoir-faire et savoir-être pour être en mesure de bien l'incarner.

Or, comme en psychologie l'efficacité thérapeutique est associée majoritairement à la relation (Bergeron-Leclerc & Cormier, 2009), plus précisément à l'alliance thérapeutique, il devient primordial de s'y pencher davantage. La philosophie derrière les relations de proximité est en fait un catalyseur de l'alliance thérapeutique. Elle réunit par

¹ Ce terme fait référence à la théorie psychologique élaborée par le psychiatre suisse Carl Gustav Yung

² Définition du Petit Robert : « Celui qui a une connaissance de l'âme humaine, de l'esprit, considérée comme une partie de la métaphysique. »

³ Il faut considérer ici le concept d'âme humaine non pas dans une perspective religieuse, mais bien en faisant référence à l'intime d'un humain, ses secrets, son essence même, sa profondeur, la partie intuitive qui contient l'affectif, les intuitions, les pensées, la sensibilité. L'âme fait donc référence à cette richesse de l'être humain difficilement saisissable si l'on précipite les choses et ne porte pas attention. (De Hennezel, 2009).

son adaptation, son souci de l'autre, son respect inhérent et constant, des conditions propices à favoriser l'alliance. C'est ce que les intervenants qui pratiquent à domicile s'efforcent de développer.

Comme c'est souvent le cas pour les pratiques innovantes, des nouveaux repères doivent être établis pour respecter la déontologie. Cela demande donc de réfléchir constamment à comment ajuster sa pratique, en questionnant ses actions. Notamment, en se questionnant sur de nouvelles manières de maintenir le consentement libre et éclairé et de maintenir la confidentialité. Penchons-nous sur les enjeux éthiques de l'approche psychologique à domicile.

3.2 Enjeux éthiques

Le psychologue qui accepte de travailler à domicile se place en situation d'inconnu, il touche à sa « base de sécurité professionnelle », en sortant des repères habituellement présents dans une pratique plus traditionnelle. En effet, le contexte à domicile amène des repères flous quant au lien sous-jacent à la relation d'aide, notamment par la proximité relationnelle qui s'y installe. Par conséquent, le psychologue doit être en mesure de trouver une manière d'incarner son rôle, dans de nouveaux paramètres relationnels, tout en respectant des principes éthiques et déontologiques.

En ce sens, la pratique à domicile amène un dilemme éthique important se situant entre le respect de l'intervenant envers la capacité d'autodétermination de la personne et

le devoir de bienfaisance et de protection de l'individu dans des situations variées (Magnusson, Lützen, & Severinson, 2002; Magnusson, Severinson, & Lützen, 2003). L'enjeu est de maintenir une attitude professionnelle qui s'adapte à des situations parfois inconfortables, souvent agréables, toujours imprévisibles; où stabilité et fiabilité constituent les bases d'une souplesse et d'une créativité nécessaires (Hok et al., 2011).

Le Tableau 2 qui suit dresse différents enjeux éthiques auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et les devoirs générés pour le respect de ces questions délicates (Saint-Arnaud, 2009). Ces éléments (respect de l'autonomie, bienfaisance/non-malfaisance, équité, *caring*) sont valables pour les psychologues qui œuvrent à domicile et couvrent les défis mentionnés dans la section précédente.

Ces repères donnent des indications générales sur les éléments essentiels à mettre en place pour agir de manière éthique. Ils ne donnent pas des manières toutes faites d'agir. Il revient donc à l'intervenant, à l'aide de ces capacités réflexives, d'analyser chaque situation pour bien s'ajuster et trouver une solution. Cela fait appel également à sa créativité et sa responsabilité professionnelle.

Le bureau du psychologue peut être considéré comme un lieu expérimental et contrôlé où il est plus facile d'appliquer ces principes éthiques. Le domicile, quant à lui, introduit du familier et de l'habituel. C'est donc au psychologue de s'ajuster et d'être garant du cadre pour faire face aux enjeux éthiques décrits précédemment. Il y a lieu de se demander,

est-ce qu'une aide peut avoir une portée thérapeutique sans être délivrée dans le cadre traditionnel de la psychothérapie.

Tableau 2

Principes éthiques et devoirs générés

Principes éthiques	Devoirs générés
Respect de l'autonomie de la personne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des conditions d'un processus décisionnel consensuel ▪ Consentement libre et éclairé ▪ Confidentialité des données personnelles ▪ Respect de la vie privée
Bienfaisance/Non-malfaisance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choisir l'intervention qui apporte des bénéfices supérieurs aux torts en considérant le court, le moyen et le long terme ▪ Minimiser les torts et maximiser les bénéfices de l'intervention choisie
Équité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répondre aux besoins de manière adéquate et sans discrimination
<i>Caring</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place les conditions de relations de soins harmonieuses et efficaces ▪ Répondre aux besoins selon une approche globale et en partenariat avec les personnes concernées

Source : Saint-Arnaud (2009).

3.2.1 Cadre d'intervention

Le cadre est un terme couramment utilisé en psychologie pour désigner l'ensemble des dispositions pratiques et des principes qui règlent l'aménagement de la situation de psychothérapie et plus largement la rencontre avec un professionnel (Hok et al. 2011). Le

dispositif fait généralement appel à ce qui représente le bureau (sièges, décoration, etc.), le lieu, le temps de consultation, le rythme, les honoraires, etc. (Cohier-Rahban, 2007). Le cadre définit la relation entre le thérapeute et la personne accompagnée. Il lui donne sa forme spécifique, différente d'une autre relation et assure l'intention derrière la rencontre. Bref, le cadre donne des repères, des limites qui protègent la formulation de l'aide dans un espace de rencontre donnée et qui assure les conditions nécessaires à une écoute clinique.

Il y a tout un monde entre le cadre traditionnel de la psychothérapie et le contexte de vie des personnes rencontrées à domicile. L'intervention à domicile met à l'épreuve les fondements théoriques et techniques conventionnels appris dans le domaine de la psychologie traditionnelle. Le cadre d'intervention à domicile se veut davantage multidimensionnelle et apparaît comme étant beaucoup plus complexe. En effet, les dispositions externes se veulent davantage malléables : multiplicité des lieux, adaptation quand la visite à domicile devient rendez-vous dans un lieu public ou quand elle intègre la présence de proches, souplesse des horaires, diversité des demandes, imprévisibilités de la rencontre, etc. (Hok et al., 2011).

Comme le dispositif à domicile donne moins de repères et moins de balises pour le psychologue et la personne aidée, il devient indispensable d'avoir recours à un cadre interne. Par cadre interne il est question :

Le cadre interne est propre à chaque psychologue, composé de ses références théoriques, de ses rencontres cliniques, de l'expérimentation d'un travail sur soi, de l'influence du pays dans lequel il exerce, de déontologie, de caractéristiques marquant son attitude professionnelle. Il est aussi fait de son engagement dans un projet partagé. (Hok et al., 2011, p. 132)

Selon ses origines psychanalytiques, le cadre s'établit au départ, est remémoré à la personne au besoin et est sans cesse réfléchi par l'intervenant. Il y a donc un mouvement explicite qui s'intériorise avec le temps. Peu importe le lieu, l'approche ou le mode de traitement, les conditions psychiques de la rencontre doivent être toujours réfléchies. C'est davantage le cas dans l'intervention à domicile où le thérapeute peut moins s'appuyer sur des repères externes.

Discussion

L'objectif de l'essai consistait à documenter et discuter l'intervention psychologique à domicile. En parcourant la documentation disponible, nous avons été à même de constater que ce domaine est bien davantage étudié selon une perspective biomédicale que sur une perspective psychosociale. Nous avons également constaté que l'attention portée aux proches lors des visites à domicile ouvrait de nouvelles opportunités de compréhension et d'intervention. Enfin, l'ensemble de la démarche de recherche révèle à quel point l'intervention à domicile appelle un renouvellement des pratiques. Dans le cadre de la présente discussion nous concentrerons notre analyse sur trois pistes de réflexions qui seront abordées sous forme de questions que nous discuterons successivement.

4.1 Comment porter son identité professionnelle de psychologue dans un contexte non balisé à l'avance et non familier?

L'intervention à domicile peut faire vivre au psychologue un déplacement de ses repères, voir une forme de dépaysement. Les repères acquis jusque-là sont nécessaires, mais non suffisants. L'identité d'un psychologue ne devrait pas être caractérisée uniquement par son approche, mais également par sa manière d'être en relation et sa personnalité. Une centration trop exclusive sur les symptômes rend invisibles les contextes de vie des personnes.

Selon Nouwen (2012), les déséquilibres vécus dans la pratique pourraient nous inciter à rattacher notre identité professionnelle davantage à ce que nous faisons qu'à ce que nous sommes. Les professionnelles qui ne se méfient pas peuvent entrer dans cette forme de pression sociale. Or, lorsque la pression devient trop vive, le psychologue risque de devenir agissant et prescriptif tel que décrit dans la section sur le changement de rôle du psychologue à domicile.

L'intervention à domicile s'inscrit dans ce que l'Ordre des psychologues du Québec identifie comme étant des pratiques non conventionnelles. Par exemple, les psychologues œuvrant en soins palliatifs apprennent à prendre en compte la réalité des proches et à renouveler la conception du consentement libre et éclairé. Les lieux de pratique ne sont pas que des espaces physiques, ils constituent une dimension de la structure de la pratique. Or, à tout changement de structures doivent correspondre des changements de relations.

Les psychologues qui s'engagent dans l'intervention à domicile vivent une transition professionnelle. La transition professionnelle se définit comme une transition « entre deux mondes » qui résulte du passage d'une période distincte à une autre. La transition implique :

- 1) un processus qui demande du temps et qui contient un potentiel de changement;
- 2) des continuités et des pertes, des avancés et des résistances, des changements identitaires et de rôles;

- 3) un moment de la vie professionnelle qui peut générer de l'inquiétude et qui demande d'accueillir la variété des expériences;
- 4) des adaptations à une pratique nouvelle ou encore à définir.

Un des enjeux de cette transition va porter sur l'adaptation à la proximité relationnelle qu'amène l'intervention à domicile. Dans une telle pratique, le psychologue est invité à intégrer une logique d'accompagnement qui s'écarte d'un courant dominant axé essentiellement sur l'expertise et la prescription :

Le travail d'accompagnement, quant à lui, touche l'ensemble du service public et épouse le passage de la notion de travail sur autrui à celle de travail avec autrui. En effet, accompagner consiste à s'éloigner de la posture du travail sur autrui. (Astier, 2009. p. 52)

Simple en apparence, les défis soulevés par l'intervention à domicile demeurent exigeants pour le psychologue. Certains ne sont pas en mesure d'aller dans cette zone, trop douloureuse et trop confrontante. Il ne s'agit pas de porter un jugement sur cette capacité, mais de réfléchir en termes de préparation, de formation et de suivi.

4.2 Les compétences requises pour l'intervention à domicile: quels sont les implications pour la formation en psychologie?

« *La connaissance est une navigation sur un océan d'incertitude à travers des archipels d'incertitude.* »
Edgar Morin

L'intervention à domicile pose la question de l'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité rassemble l'ensemble des professionnels (infirmière, préposé, psychologue, médecin, travailleur social, travail de milieu...) et des non professionnels

(proches et bénévoles) autour d'un projet commun. Penser en termes de projet commun implique de penser également à des objectifs partagés et évolutifs. L'intervention à domicile s'inscrit dans une conception de travail d'équipe (Clément et al., 2009). Les équipes de proximité cherchent à répondre à la complexité d'une situation clinique vécue dans un contexte à chaque fois singulier¹. La singularité de chaque situation est prise en compte. Les familles et les proches sont accueillis comme faisant partie du système à soutenir (Joublin, 2005). Les interventions à domicile reconnaissent les compétences qu'ils ont acquises dans l'accompagnement de leurs proches.

Les psychologues qui s'en vont à domicile doivent savoir conjuguer deux dimensions de leur répertoire. Ils doivent à la fois porter un ensemble de connaissances validées et à la fois savoir composer avec l'incertitude. Dans la pratique clinique, l'incertitude est souvent vécue en fonction de la formation spécifique que les professionnels ont reçue et du positionnement professionnel qui leur a été inculqué. La « philosophie du doute » demeure peu intégrée dans les formations académiques actuelles (Barruel & Bioy, 2013). C'est dire à quel point, au-delà des protocoles et des données empiriques, la confrontation à l'improbable et à l'imprévu bouscule les repères familiers des psychologues. Reconnaître l'incertitude en clinique, renvoie à la question du possible et des limites. Des limites qui interpellent le psychologue sur le plan de sa personne et de ses façons de faire.

¹ Rappelons toutefois que les formations universitaires font encore très peu de place à l'intervention à domicile (Cortes, 2004).

Des limites qui interpellent les compétences du psychologue à collaborer avec la personne aidée, ses proches et d'autres professionnels.

L'intervention à domicile pose la question du croisement des savoirs. Le savoir des professionnels est constitué du savoir scientifique, de l'expérience clinique cumulée, des attitudes et modes de relation. Le savoir de la personne aidée est enraciné dans son expérience de vie. Cette expérience est inscrite dans son parcours objectif et subjectif, réel et imaginaire. Le savoir des proches est également expérientiel et inscrit dans un réseau d'attachement et de loyautés (Ducommun-Nagy, 2009). Le savoir des autres professionnels est distinct et complémentaire à celui du psychologue :

L'accueil de l'incertitude en pratique clinique est donc bien possible, à condition qu'il n'y ait pas de position « intellectualiste de savoir » du praticien, et une acceptation de ce même praticien à être interpellé dans sa personne, en contact avec sa vulnérabilité. (Brun, 2012, cité dans Barruel & Bioy, 2013, p. 46)

Ainsi, dans une époque où les organisations sont largement dominées par la logique administrative et les objectifs à court terme, les enjeux relationnels et humains sont relégués au second plan. Lorsque la rentabilité et l'efficacité occupent l'avant-scène, la question du facteur humain, incarnée par la figure du psychologue lui-même, va très probablement à contre-courant (Lecomte, Savard, Drouin, & Peillon, 2004). Même aujourd'hui les recherches et plusieurs programmes de formation en psychologie clinique ignorent ce facteur.

En somme, l'intervention à domicile invite à renouveler les repères pratiques et éthiques. Les protocoles cliniques et les repères déontologiques ne parviennent pas à guider l'intervention à domicile.

4.3 Comment s'assurer d'affronter l'incertitude et d'éviter les dérives?

Ce qui se passe à domicile pour la personne aidée et ses proches au moment de l'arrivée d'un psychologue est particulier. Pour ces personnes c'est un temps fort, un moment d'imprégnation, un peu à la manière que l'entendent les ethnologues. C'est un moment où l'on est sensible, vulnérable, où l'on a besoin de s'accrocher à quelqu'un qui ne nous juge pas, à quelque chose qui nous rassure. Les personnes qui accueillent dans leur domicile prennent la mesure de ce qui pourrait fleurir avec cet intervenant. La perception initiale de la qualité de l'accompagnement est aussi concrète que cela. Ouvrir sa porte est un geste de confiance qui invite à la délicatesse :

Le psychologue qui intervient à domicile est amené à prendre soin de ce délicat en établissant un premier contact qui est de l'ordre de la rencontre.

Nous avons parlé de rencontre et nous avons dit qu'elle était nécessaire à quelque chose qui est à la fois prise de conscience, processus de changement, prise de responsabilité, participation retrouvée à la famille, au groupe, retour au monde. Sinon à quoi sert la rencontre, l'aide elle-même? Ce serait une imposture, la finalité serait uniquement centrée sur l'intérêt de l'intervenant ou de la société. (Martin, 2001, p. 118)

Comme déjà mentionné, intervenir à domicile amène plusieurs ouvertures et bénéfices pour l'intervenant notamment par la proximité relationnelle que cela occasionne. Elle soulève également des défis délicats notamment sur la juste distance à prendre, sur la confidentialité, autour de la préservation d'une frontière professionnelle,

autour du désaccord entre les proches, etc. En entrant à domicile, le psychologue participe au contexte dans lequel il agit et il doit réfléchir à chacune de ses actions (y compris les effets indésirables de ses meilleures intentions).

Dans l'intervention à domicile, les limites risquent de devenir floues, tant dans la mise en place de l'intervention que dans l'esprit même du psychologue. Le cadre de thérapie familier est menacé. Il n'est pas pour autant moins important, ce qu'il faut éviter c'est une crispation sur une position défensive de pureté professionnelle. À domicile, le cadre prend la forme d'un « pacte » qui demeure sans cesse fragile, plus encore que le cadre. Cette position éthique basée sur le pacte est en fait un souci permanent chez le psychologue de préserver la dignité, la légitimité et la liberté de chacune des personnes concernées, y compris lui-même. Ce cadre doit être intérieurisé :

La notion de cadre est centrale en psychothérapie et sert de référence dans de multiples autres situations thérapeutiques. Les lieux où apparaissent les besoins d'aide et où se réalisent les soins se multiplient extraordinairement, avec comme conséquence la mise en question des conceptions classiques des règles méthodologiques et déontologiques. Le cadre doit être intérieurisé et s'étayer sur une position éthique. (Martin, 2001, p. 119)

Or, l'éthique ne se codifie pas. Elle exige la position de recul réflexif dans l'action et après l'action. Dans quels contextes de formation de telles capacités réflexives sont-elles susceptibles de se développer? Quelle place fait-on aux approches participatives et intégratives? Le souci éthique s'inscrit dans une culture de dialogue. Or, l'intervention à domicile exige le développement d'une éthique du proche.

Il s'agit là d'une responsabilité sans culpabilité. On n'est pas responsable de l'origine de sa situation. En revanche, on est responsable des solutions pour faire évoluer cette situation. Leur intervention s'appuie sur ce que l'on pourrait appeler, de fait, une éthique du proche. (Astier, 2009, p. 54)

L'intervention à domicile est basée sur la logique du lien social. Il y a des contributeurs importants en psychologie qui sont susceptibles d'alimenter une éthique basée sur les liens de proximité. En effet, la notion de proximité relationnelle qui se dégage d'une intervention à domicile peut s'expliquer en psychologie par une perspective existentielle humaniste. En effet, plusieurs éléments constituant la philosophie et l'attitude à adopter dans les soins de proximité prennent racine dans ce courant de pensée.

Rappelons que l'humanisme a cette particularité dans ses différentes formes (philosophique, épistémologique, psychologique, etc.) d'accorder à l'homme une dignité absolue. D'ailleurs, les thérapies humanistes en psychologie reconnaissent cette valence positive de la nature humaine et s'appuient sur la richesse de l'expérience unique de chaque individu (Rogers, 2005; Santarpia, 2016; Yalom, 2008). Elles tentent de l'utiliser pour activer les forces de changement chez l'individu dans une visée d'autodétermination et d'actualisation de soi. Quant au courant existentiel, Lecompte et Drouin (2007) rappellent que ce qui est important, c'est d'appréhender l'être humain à travers des situations concrètes et réelles de son expérience subjective. Il reconnaît un rôle actif et autonome dans l'organisation de leur vie. La relation est un processus interactif dans lequel la perception et l'expérience du client aident à comprendre l'univers de ce dernier. Les approches systémiques et écosystémiques, quant à elles, rappellent l'importance des

interfaces entre les différents niveaux de réalité et valident les processus d'adaptation mutuelle.

En conclusion, de trop fortes tentatives de standardisation peuvent compromettre le développement d'approches novatrices. Or, les interventions non conventionnelles nous rappellent l'importance en psychologie de préserver la liberté d'inventer de nouvelles formes de relation thérapeutiques ajustées à toutes sortes de contextes et de situations. Bien que largement promues, les interventions à domicile méritent une plus large part de reconnaissance et de soutien.

Conclusion

Dans le cadre de cet essai nous souhaitions documenter l'intervention psychologique à domicile et soulever quelques enjeux qui y sont reliés. Nous avons été à même de constater que l'intervention à domicile confrontait l'intervenant à un réel changement de paradigme. Le psychologue est davantage formé selon une perspective scientifique, individuelle et prescriptive. La réalité du domicile invite à revoir le cadre thérapeutique tout en assurant les précautions éthiques et déontologiques.

Il existe très peu d'études récentes et validées qui s'intéressent à ce domaine émergent de pratique. À ce point de l'essai, il convient d'ouvrir quelques interrogations qui devront être l'objet d'études subséquentes. Une des problématiques si souvent ignorées concerne les rapports entretenus entre les systèmes institutionnels, les personnes vulnérables et leurs proches. Rappelons simplement la tendance actuelle des organisations de services, d'exiger des familles qu'elles identifient une personne pour représenter la famille. Cette demande des institutions peut sembler légitime sous l'angle de la facilitation dans la dispensation des services, mais elle risque d'engendrer toute sorte de complications dans la famille. Par exemple, une personne déjà surimpliquée dans l'accompagnement de son proche se verrait demander de répondre de manière accrue et exclusive aux exigences institutionnelles. Comment imaginer que la réponse à de telles attentes ne l'isolerait pas davantage et ne préparerait pas de conflits éventuels avec la famille étendue. Les décisions prises au nom de l'efficacité doivent être compensées par une rigueur clinique et une

sensibilité permettant de porter attention au vécu singulier des personnes aidées et de leurs familles. C'est dire à quel point les familles et les institutions ont chacune leurs propres expériences du temps, leurs propres règles, leurs propres histoires, leurs relations. Les études sur l'intervention à domicile se logent dans l'interface entre ces mondes qui se rencontrent. Tout ce domaine de recherche appelle la contribution de champs disciplinaires distincts et complémentaires. La pratique à domicile a tout avantage à bénéficier d'une réelle collaboration interdisciplinaire.

L'intervention à domicile questionne également la formation et le soutien professionnels des équipes sur le terrain. Très souvent en psychologie, les contenus de formation se limitent aux approches dominantes (cognitivo-comportementale, psychodynamique, systémique, humaniste). Il y a sans doute lieu de s'inspirer d'autres courants de pensée autour de l'intervention. Mentionnons simplement les approches narratives tablant sur la force des récits, les approches de mutualisation des pratiques et les approches inspirées par l'intervention communautaire, l'anthropologie, la spiritualité et la sociologie. Il y a également lieu d'inviter les intervenants à s'approcher de « la vie en contexte » des personnes vulnérables et de leurs proches. Les défis rencontrés dans ce mode d'intervention à domicile font appel aux capacités réflexives et d'adaptation des intervenants. Des activités de mutualisation des pratiques et de soutien individuel et collectif apparaissent alors essentielles.

Bien que stimulante et complexe, l'intervention à domicile pourrait être enrichie par des études permettant de décrire et de mieux comprendre ses particularités. Peu d'efforts ont été consentis à ce jour pour concrétiser des projets d'envergure sur cette thématique. La qualité des services et des soins à domicile représente pourtant un enjeu majeur de société. L'évolution démographique et l'amplification des problématiques de chronicité en confirment la grande nécessité.

Références

- Astier, I. (2009). Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *Informations Sociales*, 152, 52-58.
- Barruel, F., & Bioy, A. (2013). *Du soin à la personne : clinique de l'incertitude*. Paris, France : Dunod.
- Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger (Éds), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 7-33). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Bergeron-Leclerc, C., & Cormier, C. (2009). Les ingrédients magiques de la relation d'aide : une exploration des facteurs à l'origine du succès de l'intervention dans le champ de la santé mentale. *Service social*, 55(1), 1-16. doi: 10.7202/029486ar
- Bourque, D., & Lachapelle, R. (2010). *Services publics, participation et citoyenneté. L'organisation communautaire en CSSS*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. (2011). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*, Rapport de recherche, Cahier no. 1004, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.
- Breviglieri, M. (2005). Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. Dans J. Ion (Éd.), *Le travail social en débat* (pp. 219-234). Paris, France : La Découverte.
- Breviglieri, M., Pattaroni, L., & Stavo-Debauge, J. (2003). Quelques effets de l'idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social. *Revue suisse de sociologie*, 29(1), 141-157.
- Chénard, J., & Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens. *Intervention*, 136, 18-29.
- Clément, M., Gélineau, L., & McKay, A. M. (2009). *Proximités. Lien, accompagnement et soin*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Cohier-Rahban, V. (2007). Le psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile. *Dialogue*, (175), 129-147.

- Corneau, G. (1989). *Père manquant, fils manqué. Que sont les hommes devenus?* Montréal, QC : Les Éditions de l'Homme.
- Cortes, L. (2004). Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 12(2), 184-188. doi: 10.1177/1066480703261980.
- Crevier, M. (2009). *La proximité relationnelle et l'intervention psychosociale à domicile en Centre de santé et services sociaux* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Crevier, M., Couturier, Y., & Morin, P. (2010). L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 177-191.
- De Hennezel, M. (2009). *Sagesse d'une psychologue*. Paris, France : Éditions Jean-Claude Béhar.
- Djaoui, E. (2014). *Intervenir au domicile. Politiques et interventions sociales* (3^e éd.). Rennes : Presses de l'École des Hautes Études en santé publique.
- Ducommun-Nagy, C. (2009). La loyauté dans le couple et la famille. Dans L. Couloubaritsis, E. de Becker, N. Stryckman, & C. Ducommun-Nagy (Éds), *Loyautés et familles* (pp. 47-58). Bruxelles : Yapaka.be.
- Encyclopédie de l'Agora. (2012). *Le maintien à domicile : un état de situation* [En ligne]. Repéré à http://agora.qc.ca/documents/handicap--le_maintien_a_domicile__un_etat_de_situation_par_serge_trepanier
- Fréchette, L. (2014). La prévention et la promotion de la santé mentale : des incontournables en psychologie communautaire. Dans F. Dufort & J. Guay (Éds), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 217-248), Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, E., & Saillant, F. (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Grenier, J., & Bourque, M. (2014). *L'Évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux* [En ligne]. Repéré le 10 avril 2018 à https://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Dementelement_Progressif.pdf

- Gromaire, P. (2009). La proximité comme condition du lien social entre les intervenants de rue et les personnes présentant un problème de santé mentale. Le cas du travail de milieu à PECH. Dans M. Clément, L. Gélineau, & A. M. McKay (Éds), *Proximités. Lien, accompagnement et soin* (pp. 41-64). Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Heywood, F. (2005). Adaptation: Altering the house to restore the home. *Housing Studies*, 20(4), 531-547.
- Hok, V., Hoisnard, G., Simon-Vernier, E., Hauchecorne, A., Thomas, A., Menard, C., ... Saias, T. (2011). Des psychologues à domicile : pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. *Pratiques psychologiques* 17, 119-135.
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketting, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 93-102.
- Jollien, A. (2002). *Le métier d'homme*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Joublin, H. (2005). *Réinventer la solidarité de proximité. Manifeste de proximologie. Comment accompagner le vieillissement de la génération du « baby-boom »*. Paris, France : Albin Michel.
- Joublin, H. (2010). *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins. Enjeux éthiques de proximologie*. Toulouse : Éditions Érès.
- Larivière, C. (2007). *L'environnement de travail des établissements publics : les facteurs essentiels au bon climat de travail*. Repéré le 8 mai 2018 à <http://www.rciq.ca/pdf/Bulletin%202007%20mai.pdf>
- Lecompte, C., & Drouin, M. S. (2007) Psychothérapies humanistes. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (Éds), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp. 407-435) : Paris, France : Les Presses universitaires de France.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Peillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Magnusson, A., Lützen, K., & Severinson, E. (2002). The influence of clinical supervision in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 10, 37-45.
- Magnusson, A., Severinson, E., & Lützen, K. (2003). Reconstructing mental health nursing in home care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 351-359.

- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 103-120. doi: 10.3917/cpc.017.0103
- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of inhome cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7, 154-166. doi: 10.1177/1534650107307477
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Montréal, QC : Gaëtan Morin/Chenelière Éducation.
- Meunier, É. (2010). *Adapter sa pratique professionnelle à l'égard des personnes handicapées. Rapport de consultation sur les tâches, les gestes clés, les compétences générales et les connaissances requises pour des services et des interventions adaptés aux besoins des personnes handicapées*. Repéré à https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes_analyses_et_rapports/OPHQ_Rapp_AdapPratProfPH_Acc.pdf
- Montcombe, F. (2006). Du quartier sensible à la proximité. Le(s) territoire(s) en question. Dans A. Bourdin, A. Germain, & M.-P. Lefebvre (Éds), *La proximité. Construction politique et expérience sociale* (pp. 273-290). Paris, France : L'Harmattan.
- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H., & Johnson-Lafleur, J. (2009). *Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/jeunesse/famille et Santé mentale*. Sherbrooke, QC : Université de Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. [En ligne]. Repéré le 22 juin 2017 à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020690.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2003). *Chez-soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. [En ligne]. Repéré le 14 mai 2018 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*. [En ligne]. Repéré le 18 juin 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2018). *Services à domicile*. [En ligne]. Repéré le 14 mai 2018 à <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/soutien-a-l-autonomie/services-a-domicile/>

- Nelson, S. T., & Morris, J. (2003). The home visit in family therapy. *Journal of Family Psychotherapy, 14*(3), 95-99. doi: 10.1300/J085v14n03_06.
- Nouwen, J. M. H. (1998). *Les trois mouvements de la vie spirituelle*. Bellarmin, 211p.
- Nouwen, J. M. H. (2004). *Out of solitude: Three meditations on the Christian Life*. Notre-Dame, IN: Ave Maria Press.
- Nouwen, J. M. H. (2012). *Prendre soin les uns des autres. Une spiritualité du « care »*. Paris, France : Salvatore.
- Ordre des psychologues du Québec. (OPQ, 2018). *Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec*. [En ligne]. Repéré le 15 juillet 2018 à https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/69039/0GuideExplicatif_Web_FR+281%29.pdf/12ed4bf9-ef2d-485c-9593-42a7ee1c9ff1.pdf
- Paquet, M. (2003). *Vivre une expérience de soins à domicile*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Paquet, M. (2014). *Prendre soin à domicile... Une question de liens entre humains*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Paquet, M., Forest, D., Falardeau, M., & Renaud, M. (2009). Pour la création, le maintien et le développement des liens de proximité. *Vie et vieillissement, 7*(4), 29-36.
- Plantade-Gipch, A. (2016). Former les futurs psychothérapeutes à la relation : la réflexion-en action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques psychologiques, 23*, 217-231. doi: 10.1016/j.prps.2017.05.001
- Rogers, C. R. (2005). *Le développement de la personne*. Paris, France : Dunod.
- Saillant, F. (2010). Penser l'humanisme et l'humanisation des soins. Dans N. Vonarx, L. Bujold, & L. Hamelin-Brabant (Éds), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences santé, du prendre-soin et des savoirs savants* (pp. 124-141.) Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval, collection Infirmières, Communautés, Sociétés.
- Saillant, F., Châteauneuf, D., Cognet, M., & Charland, M. (2009). L'intervention auprès des réfugiés. Accueil, proximité, transformation. Dans M. Clément, L. Gélineau, & A. M. McKay (Éds), *Proximités. Lien, accompagnement et soin* (pp. 41-64). Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Saillant, F., & Gagnon, E. (2000). Soins, lien social et responsabilité. *Anthropologica, 42*(2), 217-230.

- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour l'intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, QC : Gaëtan Morin/Chenelière Éducation.
- Santarpia, A. (2016). *Introduction aux psychothérapies humanistes*. Paris, France : Dunod.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, France : La Découverte.
- Vadeboncoeur, A. (2012). *Privé de soins - Contre la régression tranquille en santé*. Montréal, QC : Lux éditeur.
- Weller, J.-M. (2002). Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide. *Sociologie du travail*, 44, 75-97.
- Yalom, I. D. (2008). *Thérapie existentielle*. Paris, France : Galaade Éditions.
- Yang, A. J., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346. doi: 10.1080/07317110902896356